

# **GESUND ALT WERDEN IN HAFT**

Gesundheitsbedürfnisse älterer Menschen im Gefängnis

Bachelorarbeit

im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau FH

Von

Lara Rosenow

Bachelor 2008-2011

Erstgutachterin: Ulrike Nigl-Heim

Fachhochschule für Gesundheit Freiburg

Studiengang Bachelor in Pflege

10. Oktober 2011

## **Abstract (deutsch)**

**Problematisierung:** Auf Grund des allgemeinen Alterwerdens der Gesellschaft sowie strenger Strafurteile sind ältere Menschen seit einigen Jahren eine wachsende Bevölkerung im Gefängnis in vielen Ländern. Die meisten Gefängnisse wurden für junge Menschen geplant. Aus diesem Grund enthält das Gefängnis besondere Herausforderungen für die ältere Population, die spezifische Gesundheitsbedürfnisse hat.

**Fragestellung:** Welche Bedürfnisse äussern ältere inhaftierte Menschen über 50 Jahre bezüglich Förderung ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit?

**Ziele:** Die Ziele waren, anhand der gefundenen Studien die Frage zu beantworten, Gesundheitsbedürfnisse von älteren inhaftierten Menschen zu identifizieren und daraus Kategorien zu bilden, diese zu diskutieren und aus den Ergebnissen Empfehlungen für die Praxis abzuleiten.

**Methode:** Eine systematische Literaturrecherche wurde zur Beantwortung der Fragestellung und zum Erreichen der Ziele durchgeführt. 11 Studien mit verschiedenem Forschungsdesign wurden einbezogen.

**Ergebnisse:** Ältere inhaftierte Menschen äussern spezifische Gesundheitsbedürfnisse. Sieben Bedürfniskategorien wurden identifiziert. Diese sind, das Bedürfnis nach Gesundheitsinformation, das Bedürfnis nach altersspezifischen Gesundheitsprogrammen, das Bedürfnis, dem Alltag einen Sinn zu geben, das Bedürfnis nach Gesundheitsfürsorge, das Bedürfnis sich gesund zu ernähren, das Bedürfnis nach Zugang zu eigenen Ressourcen und Bedürfnisse bezüglich der Gefängnisstruktur.

**Schlussfolgerungen:** Empfehlungen für die Praxis werden abgeleitet und ein Modell der Implementierung vorgestellt. Die Forschung über ältere Gefangene ist wenig entwickelt, besonders in Europa, und es besteht ein Bedarf für weitere Forschung.

## **Abstract (français)**

**Problématique :** Les personnes âgées en prisons représentent depuis quelques années une population grandissante à cause du vieillissement général de la société et du fait que des peines plus sévères sont prononcées. La plupart des prisons ont été conçues pour une population jeune. De ce fait, la prison renferme des défis particuliers pour la population plus âgée qui a des besoins en santé spécifiques.

**Question de recherche :** Quels besoins expriment les personnes âgées incarcérées de plus de 50 ans en lien avec la promotion de leur santé physique, psychique et sociale ?

**Buts :** Les buts de ce travail sont de répondre à la question de recherche au moyen des études trouvées, d'identifier les besoins en santé des personnes âgées en prison, de former des catégories au moyen de ces besoins, de les discuter et d'en déduire des recommandations pour la pratique.

**Méthode :** Une revue de littérature systématique a été effectuée afin de répondre à la question de recherche et d'atteindre les buts fixés. 11 études avec différents devis ont été incluses.

**Résultats :** Les détenus âgés expriment des besoins en santé spécifiques. Sept catégories de besoins ont été identifiées. Ces catégories sont le besoin d'obtenir des informations en lien avec la santé, le besoin d'avoir accès à des programmes spécifiques aux personnes âgées, le besoin de donner un sens au quotidien, le besoin d'obtenir des services de santé, le besoin de se nourrir sainement, le besoin d'avoir accès aux ressources personnelles et des besoins en lien avec la structure de la prison.

**Conclusion :** Des recommandations pour la pratique sont présentées ainsi qu'un modèle pour l'implantation des résultats. L'état de la recherche en lien avec les prisonniers âgés est infime, spécialement en Europe et nécessite un développement.

## **Dank**

An dieser Stelle möchte die Autorin sich bei den Personen herzlich bedanken die sie während der Erstellung dieser Arbeit in verschiedenen Aspekten unterstützt und begleitet haben.

**It is said that no one truly knows a nation until one has been inside its jails. A nation should not be judged by how it treats its highest citizens, but its lowest ones.**

Nelson Mandela, Long Walk to Freedom<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Mandela (1994) S. 233

« Es wird gesagt, dass keiner eine Nation wirklich kennt, bevor er in ihren Gefängnissen gewesen ist. Eine Nation sollte nicht daran beurteilt werden wie sie ihre höchsten Staatsbürger behandelt, sondern ihre niedrigsten. »

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Problembeschreibung .....</b>	<b>10</b>
1.1.1. Die inhaftierte Bevölkerung .....	12
1.1.2. Die Pflege im Gefängnis .....	14
1.1.3. Gesundheitsversorgung in Haft.....	16
<b>2. Fragestellung der Arbeit .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1. Begriffserklärungen .....</b>	<b>18</b>
2.1.1. Das Alter .....	18
2.1.2. Gesundheit.....	18
2.1.3. Bedürfnis .....	19
2.1.4. Freiheitsentzug.....	20
<b>2.2. Ziele und Absichten der Arbeit .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3. Theoretischer Rahmen .....</b>	<b>21</b>
2.3.1. Gesundheitsförderung.....	21
2.3.2. Determinanten von Gesundheit .....	22
<b>3. Methode .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1. Ablauf der Literatursuche .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2. Suchbegriffe und Suchkriterien .....</b>	<b>25</b>
<b>3.3. Auswahl der Studien .....</b>	<b>25</b>
3.3.1. Ein- und Ausschlusskriterien.....	26
<b>3.4. Beurteilung und Bewertung der Literatur.....</b>	<b>27</b>
<b>3.5. Gütekriterien.....</b>	<b>27</b>
3.5.1. Reliabilität.....	27
3.5.2. Validität .....	28
<b>3.6. Ethische Überlegungen.....</b>	<b>28</b>
<b>3.7. Auswertung der Daten.....</b>	<b>30</b>
<b>4. Ergebnisse .....</b>	<b>31</b>
<b>4.1. Studien und Population.....</b>	<b>31</b>
<b>4.2. Bedürfnis nach Gesundheitsinformation .....</b>	<b>32</b>
<b>4.3. Bedürfnis nach altersspezifischen Gesundheitsprogrammen.....</b>	<b>33</b>
4.3.1. Übergangsprogramm .....	34
4.3.2. Altersspezifische Sportprogramme .....	34
<b>4.4. Bedürfnis, dem Alltag einen Sinn zu geben .....</b>	<b>35</b>
<b>4.5. Bedürfnis nach Gesundheitsfürsorge .....</b>	<b>36</b>
4.5.1. Bedürfnis nach zugänglicher Gesundheitsfürsorge .....	37

4.5.2.	Bedürfnis nach regelmässigem Screening.....	38
4.5.3.	Bedürfnis nach psychischer Gesundheit.....	38
4.5.4.	Bedürfnis nach angemessener Behandlung .....	39
4.5.5.	Bedürfnis nach Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens ..	40
<b>4.6.</b>	<b>Bedürfnis, sich gesund zu ernähren .....</b>	<b>40</b>
<b>4.7.</b>	<b>Bedürfnis nach Zugang zu eigenen Ressourcen.....</b>	<b>40</b>
<b>4.8.</b>	<b>Bedürfnisse bezüglich der Gefängnisstruktur .....</b>	<b>42</b>
<b>5.</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>44</b>
<b>5.1.</b>	<b>Validität der integrierten Literatur .....</b>	<b>44</b>
<b>5.2.</b>	<b>Ähnlichkeit der Studien .....</b>	<b>45</b>
<b>5.3.</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>46</b>
5.3.1.	Bedürfnis nach Gesundheitsinformation .....	46
5.3.2.	Bedürfnis nach altersspezifischen Gesundheitsprogrammen .....	47
5.3.3.	Bedürfnis, dem Alltag einen Sinn zu geben .....	48
5.3.4.	Gesundheitsfürsorge.....	48
5.3.4.1.	Bedürfnis nach zugänglicher Gesundheitsfürsorge .....	49
5.3.4.2.	Bedürfnis nach regelmässigen Screenings.....	50
5.3.4.3.	Bedürfnis nach psychischer Gesundheit.....	50
5.3.4.4.	Bedürfnis nach angemessener Behandlung .....	50
5.3.4.5.	Bedürfnis nach Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens	51
5.3.5.	Bedürfnis, sich gesund zu ernähren.....	51
5.3.6.	Bedürfnis nach Zugang zu eigenen Ressourcen .....	51
5.3.7.	Bedürfnisse bezüglich der Gefängnisstruktur .....	52
<b>5.4.</b>	<b>Kritische Auseinandersetzung .....</b>	<b>52</b>
5.4.1.	Stärken der Arbeit .....	52
5.4.2.	Schwächen und Grenzen der Arbeit .....	53
<b>5.5.</b>	<b>Fazit der Diskussion .....</b>	<b>54</b>
<b>6.</b>	<b>Schlussfolgerung .....</b>	<b>55</b>
<b>6.1.</b>	<b>Bedeutung der Literaturübersicht für die Pflegepraxis .....</b>	<b>55</b>
<b>6.2.</b>	<b>Beantwortung der Fragestellung.....</b>	<b>55</b>
<b>6.3.</b>	<b>Empfehlungen für die Praxis .....</b>	<b>56</b>
<b>6.4.</b>	<b>Implementierung der Ergebnisse in die Praxis .....</b>	<b>58</b>
<b>6.5.</b>	<b>Anregungen zur Forschung.....</b>	<b>59</b>
<b>7.</b>	<b>Lernprozess .....</b>	<b>61</b>
<b>7.1.</b>	<b>Lernprozess zur Thematik .....</b>	<b>61</b>
<b>7.2.</b>	<b>Lernprozess zum methodischen Vorgehen und Forschungsprozess.....</b>	<b>61</b>

<b>8. Bibliographie.....</b>	<b>63</b>
<b>Anhang A : Suchvorgang .....</b>	<b>I</b>
<b>Anhang B : Überblick über die einbezogenen Studien.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Anhang C: Beurteilung der Literatur .....</b>	<b>IX</b>
Beurteilung der quantitativen Studien .....	IX
Beurteilung der qualitative Studien .....	XXII
Beurteilung der Literaturübersichten .....	XXX
Beurteilung der Studien mit gemischtem Design .....	XXXVII
<b>Anhang D: Tabelle Punkte-Noten .....</b>	<b>LIV</b>
<b>Anhang E: Übersicht Noten.....</b>	<b>LV</b>
<b>Anhang F: Zusammenfassungen der Literatur .....</b>	<b>LVII</b>
<b>Anhang G: Überblick über die Bedürfnisse in den Studien .....</b>	<b>LXXXIX</b>
<b>Anhang H: Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht .....</b>	<b>XCI</b>
<b>Anhang I: EBN-6-Schritte-Modell.....</b>	<b>XCII</b>
<b>Selbständigkeitserklärung .....</b>	<b>XCIII</b>



## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht .....	XCI
Abb. 2: EBN-6-Schritte Modell .....	XCII

## **1. Einleitung**

Die vorliegende systematische Literaturübersicht untersucht die Thematik der Bedürfnisse von älteren Menschen im Gefängnis. Im folgenden Kapitel wird die Problematik näher beschrieben. Danach wird eine Fragestellung aufgrund der identifizierten Problematik dargestellt und folgend werden Begriffe definiert und der theoretische Rahmen beschrieben. Das nächste Kapitel beschreibt den methodischen Vorgang dieser Arbeit. Später werden die Ergebnisse vorgestellt und demzufolge diskutiert. Zuletzt wird die Schlussfolgerung präsentiert und der Lernprozess der Autorin beschrieben.

### **1.1. Problembeschreibung**

Die Zahlen zur Gesundheit im Gefängnis zeigen einen deutlichen Unterschied zum Rest der Bevölkerung. Inhaftierte Personen leiden in einem erhöhten Mass an Krankheiten und zeigen vermehrt Hoch-Risiko Verhalten. Die HIV Infektionsraten sind laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2011a) in den meisten Ländern Europas viel höher in der Gefängnispopulation als in der Gemeinschaft. In Europa leiden mindestens 400'000 von den zwei Millionen Gefangenen an einer erheblichen psychischen Störung und weitere an üblichen psychischen Störungen wie Depression und Ängsten.

Wie Hillenkamp (2005) zitiert nach Bögemann, Keppler & Stöver (2010) beschreibt:

Der Entzug von Freiheit an sich stellt bereits ein Gesundheitsrisiko dar. Die vollzuglichen Belastungen von Bewegungs- und Reizarmut, die Unterforderung, der Versorgungscharakter der Gefängnisse tragen eher zu psychisch belastenden Symptomen von Unselbständigkeit, Lethargie, Depressionen, Passivität, Interessen- und Mutlosigkeit bei. Die Fremdbestimmtheit und Monotonie des Alltagsgeschehens führt zu Abstumpfung und Antriebslosigkeit, [...] die erzwungene Inaktivität im körperlichen wie im sozialen Bereich lässt Spannungszustände ins Leere laufen, eine der wesentlichen Ursachen von Stresserkrankungen. D.h. es findet insgesamt eine Ressourcenverringerung statt – eine Depravierung gleich der längerer Krankenhaus- bzw. anderer Anstaltsaufenthalte, die letztlich abhängigkeitsfördernden Charakter hat und nicht zur Erweiterung von Handlungs- und Sozialkompetenzen beiträgt. (S.22)

Trotz diesem für die Gesundheit belastenden Umfeld bietet das Gefängnis eine einmalige Gelegenheit manchen Bevölkerungsgruppen zu begegnen und sie in

ihrer Gesundheit zu unterstützen wie es von Gatherer, Moller & Hayton (2005) und von Bögemann et al. (2010) beschrieben wird. Bei manchen Insassen ist bemerkbar, dass sie innerhalb einiger Wochen im Gefängnis ein körperliches Gleichgewicht erlangen, weil sie Zugang zu Ressourcen haben (regelmässige Mahlzeiten, Zugang zum Arzt, zur Pflege, zur Dentalhygiene, usw.), zu denen sie ausserhalb wegen ihres sozialen Standes keinen oder sehr geringen Zugang haben. Ein grosser Teil der Gefangenen gehört zu sozial benachteiligten Gruppen, zum Beispiel Gruppen mit hoher Arbeitslosigkeit, geringem Bildungs- und Ausbildungsniveau, erhöhtem Anteil von MigrantInnen.

Die Gesundheit im Gefängnis hat einen starken Einfluss auf die Gesundheit der Gemeinschaft. Die inhaftierten Personen kommen aus der Gemeinschaft und gehen nach dem Gefängnisaufenthalt zu ihr zurück, in der Regel in das Milieu woher sie kommen. Durch Förderung der Gesundheit in Haft kann die der Gemeinschaft unterstützt werden. Die WHO-Europa hat 1995 (WHO, 2011b) das „Health in Prison Project“ entwickelt mit dem Ziel, Mitgliedstaaten in der Verbesserung der Gemeinschaftsgesundheit und der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis zu unterstützen und ihnen auf nationaler und internationaler Ebene die Schaffung von Verbindungen zwischen den Gemeinschaftsgesundheitsfürsorgesystemen und denen der Gefängnisse zu erleichtern. Der Gefängnisaufenthalt bietet eine einmalige Möglichkeit, etwas zu der Gesundheit der inhaftierten Personen beizutragen, ihnen die Gelegenheit zu geben, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, wie es die Ottawa-Charta von 1986 definiert

Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umgebung geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in der Lage ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen. (Radix, n.d., S.3)

Wie es von Betrand & Niveau (2006) definiert wird, ist die Aufgabe der Pflege im Gefängnis, « den Gefangenen dieselbe Pflege anzubieten, wie die, die der restlichen Bevölkerung angeboten wird.

- die Gesundheit fördern und aufrechterhalten
- angesichts eines Gesundheitsproblems unterstützen und schulen
- heilende Pflege anbieten » (S.253)

Der Aspekt dieser Definition den die Autorin in ihrer Arbeit entwickeln wird, ist die Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta definiert wird.

Die Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. (Radix, n.d., S.2)

Aus dieser Definition der Gesundheitsförderung kristallisiert sich ein wesentliches Element. Es wird von „ihren Bedürfnissen“ gesprochen, den Bedürfnissen der Bevölkerung. Es geht darum, die Bedürfnisse der Bevölkerung zu befriedigen. Dies setzt voraus, dass die Bedürfnisse der Bevölkerung bekannt sind. Es wird auch definiert, dass die Bevölkerung ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnimmt. Wie es im Glossar für Gesundheitsförderung der WHO (1998) beschrieben wird, ist ein Assessment der Bedürfnisse der Bevölkerung eine der ersten Etappen einer Gesundheitsförderungsinitiative und eine erste Möglichkeit, die Menschen für ihre Gesundheit zu befähigen. Gemeinschaften bezüglich ihrer Gesundheit zu befragen ist eine Art, auf welche die Bedürfnisse einer benachteiligten Gruppe identifiziert werden können und die Faktoren, die zu ihrer Gesundheit und ihrer Lebensqualität führen, verstanden werden können. Denn Gesundheit wird von individuellen Faktoren und dem physischen, sozialen, ökonomischen und politischen Kontext geschaffen, in welchem die Menschen leben.

#### **1.1.1. Die inhaftierte Bevölkerung**

Die Mehrheit der Menschen im schweizerischen Strafvollzug ist männlich (95%) laut Bundesamt für Statistik (2011), das Durchschnittsalter ist 34 Jahre. Diese Zahlen spiegeln die internationalen Verhältnisse wider, wo die Mehrheit der Gefängnispopulation männlich und jung ist (Carlisle, 2006, United Nations Office on Drugs and Crime, 2009).

Neben dieser Hauptgruppe befinden sich auch junge Leute, Frauen und ältere Menschen im Gefängnis sowie ausländische Staatsbürger, die laut der WHO (2009) in den Strafvollzugssystemen der meisten Länder der europäischen

Region überrepräsentiert sind. Diese verschiedenen Bevölkerungsgruppen haben besondere und unterschiedliche Gesundheitsbedürfnisse.

Die Autorin wird sich in dieser Arbeit auf die Bedürfnisse älterer Menschen im Gefängnis beschränken, da eine umfängliche Übersicht über die Bedürfnisse aller vorhandenen Bevölkerungsgruppen im Gefängnis den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde.

Wie von der UNODC (2009) in ihrer Broschüre über Gefangene mit besonderen Bedürfnissen beschrieben ist, wird in der Regel in der demographischen Analyse 60 als Altersgrenze zwischen älteren und jüngeren Gruppen der Bevölkerung gesetzt, obwohl in westlichen Bevölkerungen eher 65, das Pensionierungsalter, gebraucht wird. Es ist zu beachten, dass das ältere Alter nicht genau definiert werden kann, weil die Bedeutung je nach Kultur unterschiedlich ist. Bei den Gefangenen ist die Altersgrenze je nach Land und Studie unterschiedlich: über 50 in den USA, Australien und Kanada, 60-65 in Grossbritannien. In der Schweiz (Schweizer Fernsehen, 2006), in Deutschland (Schaaf, 2006; Deckwerth, 2011) und in Frankreich (Bérard, n.d.) erscheint aus verschiedenen Quellen, dass die meist verwendete Grenze 60 Jahre ist. Die häufig verwendete tiefere Grenze (UNODC, 2009) wird dadurch erklärt, dass Gefangene wegen dem Stress und dem schädigenden Einfluss der Inhaftierung, wegen chronischen Gesundheitsproblemen oder langjährigen Alkohol- und Drogenkonsum in der Regel körperlich 10 Jahre älter sind als ihre Gegenüber in der Gesellschaft.

Das Altern der Gefängnisbevölkerung folgt der Tendenz der allgemeinen Bevölkerung, dazu kommt die Tendenz längere und strengere Strafen auszusprechen, was dazu führt, dass Gefangene mit langen Strafen im Gefängnis alt werden. Die meisten älteren Gefangenen weisen vielfache und chronische Krankheitsprobleme auf und eine Vielfalt von Gesundheitsbedürfnissen, denen die meisten Strafanstalten nicht gerecht werden können. Manche benötigen ständige Überwachung. Hinzu kommen psychische Bedürfnisse. Viele leiden an Depression und der Angst zu sterben; insbesondere lastet die Angst, im Gefängnis zu sterben, stark auf dem psychischen Wohlbefinden von älteren Insassen. Die Ernährungsbedürfnisse von älteren Personen sind vom Rest der Bevölkerung verschieden und müssen

berücksichtigt werden, sowie Bedürfnisse bezüglich der Einrichtungen der infrastrukturellen Gegebenheiten, die ursprünglich für jüngere Leute entworfen wurden.

Der Erhalt der Beziehung zu Familienmitgliedern ist von Bedeutung für die Wiedereingliederung der Gefangenen nach Entlassung. Verschiedene Faktoren wie die Entfernung, die Haftdauer, das Alter des Ehepartners können den Erhalt dieser Beziehungen gefährden. Das psychische Wohlbefinden und die Aussichten auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung von älteren Gefangenen werden durch den Verlust des Kontakts zur Familie und durch den Tod Bekannten beeinflusst.

Alan Parrish erklärt in einem Artikel (2003), dass für ältere Menschen die Inhaftierung auch eine Möglichkeit, ist Gesundheitsfürsorge zu erhalten. Wenn sie in der Gemeinschaft leben, nehmen viele die Gesundheitsfürsorge nicht oder wenig in Anspruch. In einem anderen Artikel wird im Gegenteil von Christian Duffin (2010) behauptet, dass Menschen mit längeren Urteilen, die im Gefängnis alt werden, nicht denselben Zugang zu Gesundheitsfürsorge haben wie ihre Gegenüber in der Gesellschaft.

### **1.1.2. Die Pflege im Gefängnis**

Der Ethikkodex des International Council of Nurses (Deutscher Berufsverband für Pflegende, 2005) versichert, dass Pflegende vier grundlegende Aufgaben haben : die « Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. » (S.1). Dies gilt auch für inhaftierte Personen, denn « Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt. » (DBfP, ibid., S.1) Die Pflegenden haben laut WHO (2007) die Pflicht, mit dem inhaftierten Menschen primär als Patienten umzugehen.

Eine Studie aus Grossbritannien (Powell et al., 2010) mit 80 Pflegenden aus 12 Gefängnissen erforscht die Sicht der Pflege über die Gesundheitsfürsorge, die sie den Gefangenen anbietet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflege eine ihrer Hauptaufgaben in der Erkennung der Bedürfnisse sieht, hauptsächlich auch

beim Eintrittsgespräch, wofür in England die Pflege verantwortlich ist. In Genf ist dasselbe System in der Untersuchungshaft anzutreffen (Bertrand & Niveau, 2006). Jeder eintretende Gefangene wird von einem Pflegenden am Tag der Ankunft für eine gesundheitliche Einschätzung (Assessment) gesehen. Wird ein Bedürfnis identifiziert, wird dem Gefangenen für den folgenden Tag eine Arzt-Pflege Untersuchung angeboten. In der Studie von Powell et al. (2010) werden weitere Aufgaben erwähnt: die Triage der Anfragen der Gefangenen an die Gesundheitsfürsorge, auf die geäußerten Bedürfnisse eingehen, durch Pflege geführte klinische Untersuchungen, Organisation und Begleitung von Gefangenen zu externen Untersuchungen, Unterstützung psychischer Gesundheit, die Gesundheit der Gefangenen erhalten und gesunde Lebensweisen fördern. Ausserdem beschreiben die Pflegenden den Konflikt zwischen dem Gefängnisregime und den Zielen der Pflege, sowie auf der anderen Seite die Kooperation und Unterstützung, die sie von den Wächtern für ihre Arbeit erhalten und brauchen.

Dominguez, Fayet und Pinault beschreiben in Bertrand & Niveau (2006) das Angebot der Pflege in der Untersuchungshaft. Wie zuvor erwähnt findet ein Eintrittsgespräch für jeden Gefangenen statt, weitere Angebote sind die Arzt-Pflege Untersuchung und die pflegerische Untersuchung, die verschiedene Formen annimmt. Unterstützung und Hilfe, d.h. einen Ort gewährleisten, wo die Person akzeptiert wird wie sie ist, wo ihr/ihm aktiv zugehört wird und empathisch entgegen gekommen wird, ist die erste Form. Ein zweiter Aspekt ist die Schulung und Prävention für Patienten mit chronischen Krankheiten oder Risikoverhalten. Ein weiteres Angebot der Pflege ist die technische Pflege des ambulanten Typs (Verbände, traumatische Verletzungen, Neugeborenenpflege). Eine Aufgabe der Pflegenden ist auch die Begleitung von Substanzabhängigen Personen und alkoholabhängigen Patienten. Manche Pflegende bieten auch Entspannungsanleitung für Patienten mit Ängsten und Schlafstörungen an. Weiter ist eine der Hauptaktivitäten der Pflege die Verwaltung der Medikamente: Verordnungen abschreiben, Medikamente bestellen, vorbereiten und verteilen. Die Pflege ist ebenfalls 24 Stunden lang für Notfälle zuständig.

Eine weitere Studie aus den USA (Weiskopf, 2005) beschreibt die Erfahrungen der Pflegefachpersonen mit der Pflege im Gefängnis. Diese Pflegenden beschreiben die Herausforderungen, die dieses Milieu darstellt, und die Einschränkungen in der Patienten-Pflege Beziehung, das Aushandeln der Grenzen zwischen Pflege und Freiheitsentzug, die Anstrengungen, um eine pflegende/sorgende Umgebung herzustellen und der Umgang mit risikohaften Situationen.

### **1.1.3. Gesundheitsversorgung in Haft**

Weltweit befinden sich laut jüngster Zahlen des International Center for Prison Studies (Walmsley, 2011), 10.1 Millionen Menschen im Gefängnis, hauptsächlich im Strafvollzug und in Untersuchungshaft; in Europa sind es 2 Millionen laut WHO, (2011a). In der Schweiz befanden sich laut letzter Zahlen des Bundesamts für Statistik (2011) im Jahre 2009 6084 Menschen im Freiheitsentzug : 59% im Strafvollzug, 31% in Untersuchungshaft, 7% wegen Zwangsmassnahmen nach dem Ausländergesetz und eine kleine Zahl (3%) aus anderen Gründen.

In der Beschreibung der Planung eines Projekts des Schweizer Bundesamt für Gesundheit zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten (Enggist & Werren, 2008) wird einiges zur Gestaltung des Freiheitsentzugs in der Schweiz beschrieben. Da die Organisation des Freiheitsentzugs vollumfänglich Sache der Kantone ist, sind kantonsinterne Strukturen und Entscheidungskompetenzen sehr unterschiedlich aufgebaut, teilweise aufgrund von den unterschiedlichen Grössen der Kantone, die zu unterschiedlichen Problemstellungen in Bezug auf Kriminalität führen, sowie von unterschiedlichen Gelegenheiten zur fachlichen Spezialisierung. Aus denselben Gründen ist auch die Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug in den Kantonen sehr unterschiedlich gestaltet.

Vom Hausarztsystem bis zum anstaltseigenen Arztdienst oder bis zum spezialisierten kantonalen Gesundheitsdienst sind die unterschiedlichsten Modelle vorhanden. Zu beachten ist dabei, dass der Gesundheitsversorgung im Justizvollzug eine Dienstleistungsfunktion zukommt, welche nicht in die Entscheidungsstrukturen und Mechanismen eingebunden ist (vergleichbar mit der Seelsorge). Es gibt relativ wenig an institutionalisiertem Austausch zwischen dem System Justizvollzug und



den Gesundheitsfachleuten (über die einzelnen Anstalten hinaus). (Enggist & Werren, 2008, S.3)

Verschiedene internationale Standards definieren die Qualität der Gesundheitsfürsorge, die Gefangene erhalten sollten. Zum Beispiel widmet der Europarat (2006) in den europäischen Strafvollzugsgrundsätzen ein Kapitel den Prinzipien zur Gesundheitsfürsorge im Freiheitsentzug. Mindestgrundsätze zur Behandlung von Gefangenen, auch bezüglich Gesundheitsfürsorge wurden von den Vereinten Nationen (UNODC, 1977) herausgegeben. Die WHO (2007) fasst dies zusammen und erklärt, dass inhaftierte Personen dasselbe Recht auf Pflege haben wie jeder andere Mensch. Weitere Kernelemente der Standards, die von der WHO (2007) erwähnt werden, sind, dass der Pflege im Gefängnis dieselbe Unabhängigkeit wie ihren Kollegen in der Gemeinschaft gewährleistet werden soll. Weiter soll die Gesundheitspolitik im Gefängnis der nationalen Gesundheitspolitik zugeordnet sein, um die Verbindungen zwischen der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis und in der Gemeinschaft zu verbessern und dadurch den Zugang zu einer angemessenen Pflegequalität im Gefängnis zu gewährleisten.

## **2. Fragestellung der Arbeit**

Es ist eindeutig, dass die Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle in der Gesundheit im Gefängnis spielt. Die Menschen im Gefängnis sind vielen Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Sie kommen oft aus gesundheitsressourcenarmen Gruppen der Bevölkerung, daher ist es wichtig diese Gelegenheit zu nutzen, sie zu unterstützen, ihre Gesundheit zu fördern und zu erhalten und ihre Ressourcen zu stärken. Ältere inhaftierte Menschen gehören zu den Gruppen mit besonderen Bedürfnissen, wie es von der UNODC (2009) beschrieben wird. Der erste Schritt einer gesundheitsfördernden Initiative besteht darin, die Bedürfnisse der Population zu identifizieren und ihnen dadurch die Wahrnehmung ihrer Wünsche und Hoffnungen zu ermöglichen. Daher lautet die Fragestellung dieser Arbeit:

**Welche Bedürfnisse äussern ältere inhaftierte Personen über 50 Jahre bezüglich Förderung ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit während der Haft?**

## **2.1. Begriffserklärungen**

### **2.1.1. Das Alter**

In Dühning & Habermann-Horstmeier (2000) werden drei verschiedene Altersmassstäbe beschrieben. Der erste, das kalendarische Alter (oder chronologisches Alter) misst das Alter eines Menschen an der Anzahl der Lebensjahre. Es sagt nichts über den tatsächlichen Zustand eines Menschen aus und berücksichtigt nicht die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Einzelnen. Der zweite ist das soziale Alter, welches in vier Stufen unterteilt wird: das Kind, der Jugendliche, der Erwachsene und der alte Mensch. Diese Stufen orientieren sich mehr an Verhaltensweisen und gesellschaftlichen Erwartungen. Diese Erwartungen können zur Unterdrückung der eigenen Wünsche und Fähigkeiten führen und dadurch Folgen für das eigene Selbstbild haben. Der dritte ist das biologische Alter, das den körperlichen Alterungsprozess als Massstab nimmt und das durch Veränderungen des körperlichen Erscheinungsbildes bemerkbar wird.

Die Bezeichnung eines alten Menschen hängt von der Kultur ab (UNODC, 2009) und von den Massstäben, die zuvor erwähnt wurden. Es ist allgemein erkannt, dass ältere inhaftierte Menschen ein höheres körperliches Alter haben als chronologisch gleichaltrige in der Gesellschaft. Aus diesem Grund wird oft eine etwas niedrigere Altergrenze verwendet. In der vorliegenden Literaturübersicht wurden ältere Menschen über 50 Jahre einbezogen, aus dem Grund, dass die in den Studien am meisten verwendeten Altersgrenzen 50 und 60 Jahre sind und Literatur mit beiden Alterslimiten integriert wurden.

### **2.1.2. Gesundheit**

Die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Konstitution (1946) definiert Gesundheit als einen « Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Freisein von Krankheit und Gebrechen ».

Klaus Hurrelmann (2006) übernimmt die Kernidee dieser Definition, nämlich dass die WHO durch diese Definition den Begriff Gesundheit positiv bestimmen wollte und nicht negativ. Er entwickelt diese Definition weiter.

Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial in

Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äusseren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich und steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren. (S.7)

Weiter definiert die WHO in der Ottawa Charta (Radix, n.d., S.2) « Die Gesundheit ist als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. »

### **2.1.3. Bedürfnis**

Im Duden (2011) wird ein Bedürfnis als „ Wunsch, Verlangen nach etwas; Gefühl, jemandes, einer Sache zu bedürfen, jemanden, etwas nötig zu haben“ definiert. Verschiedene Ansätze beschreiben die Bedürfnisse und Bedürfnisbefriedigung, zum Beispiel die Theorie der Bedürfnispyramide von Maslow aus dem Bereich der Psychologie und die Pflegetheorie der 14 Grundbedürfnisse von Virginia Henderson.

Maslow (1998) zitiert in Smeltzer & Bare (2011) stellt die Bedürfnisse des Menschen als eine Pyramide mit fünf Stufen dar, diese sind (von unten nach oben): die physiologischen Bedürfnisse; das Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit; das Bedürfnis nach Zuneigung und Zugehörigkeit; das Bedürfnis nach Anerkennung und das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung. Erst müssen die Grundbedürfnisse, die Bedürfnisse der tieferen Stufen befriedigt werden, bevor nach denen der nächsten Stufe gestrebt werden kann.

Virginia Henderson beschreibt in ihrer Pflegetheorie (Henderson 1955 in Halloran 1996) 14 Grundbedürfnisse des Menschen, diese lauten:

- 1) „normal atmen,
- 2) angemessene Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme,
- 3) Ausscheidung,
- 4) Bewegung und Einhaltung der gewünschten Lage,
- 5) Ruhe und Schlaf,

- 6) Auswahl passender Kleidung – An- und Ausziehen,
- 7) Aufrechterhaltung normaler Körpertemperatur, durch Anpassung der Kleidung und der Umgebung,
- 8) Sauberkeit und Körperpflege, Schutz der Haut,
- 9) Vermeidung von Gefahren in seiner Umgebung und einer Gefährdung anderer,
- 10) Emotionen, Bedürfnisse, Ängste oder Meinungen im Umgang mit anderen zum Ausdruck bringen,
- 11) Gott zu dienen entsprechend seinem persönlichen Glauben,
- 12) befriedigende Beschäftigung,
- 13) Spiel oder Teilnahme an verschiedenen Unterhaltungsformen,
- 14) lernen, entdecken oder befriedigen der Wissbegier, die zu einer normalen Entwicklung und Gesundheit und Gebrauch der vorhandenen Gesundheitsfürsorgedienste führen“ (S. 19)

#### **2.1.4. Freiheitsentzug**

Eine Haftanstalt ist laut der WHO (2009) « ein Ort des Freiheitsentzugs, an dem Menschen inhaftiert sind, die auf ihren Strafprozess warten, vor Gericht stehen oder nach ihrer Verurteilung wegen einer Straftat ihre Haftstrafe verbüssen (ausschliesslich Polizeizellen). » (S.11)

Das Gefängnis, wie es Goffman (1973) beschreibt, gehört zu den totalen Institutionen und lässt « sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen. » (S. 11). Weiter beschreibt er Merkmale dieser Anstalten.

In der modernen Gesellschaft besteht eine grundlegende soziale Ordnung, nach der der einzelne an verschiedenen Orten schläft, spielt, arbeitet – und dies mit wechselnden Partnern, unter verschiedenen Autoritäten und ohne einen umfassenden rationalen Plan. Das zentrale Merkmal totaler Institutionen besteht darin, dass die Schranken, die normalerweise diese drei Lebensbereiche voneinander trennen, aufgehoben sind: 1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt.

2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer grossen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen.

3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben.

4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen. (S.17)

Die Organisation des Strafvollzugs ist von Land zu Land anders gestaltet, was unterschiedliche Gesundheitsfürsorgeorganisation zur Folge haben kann. Der begrenzte Umfang dieser Arbeit ermöglichte es nicht, auf die verschiedenen nationalen und regionalen Systeme einzugehen.

## **2.2. Ziele und Absichten der Arbeit**

- Anhand von mindestens zehn Studien die Fragestellung beantworten
- Die Gesundheitsbedürfnisse von älteren inhaftierten Personen über 50 identifizieren
- Diese Gesundheitsbedürfnisse kategorisieren und vergleichen
- Von den Ergebnissen Empfehlungen für die Praxis ableiten

## **2.3. Theoretischer Rahmen**

### **2.3.1. Gesundheitsförderung**

In Brieskorn-Zinke (2004) wird aufgezeigt wie die Medizin als Naturwissenschaft im Laufe der Zeit Körper und Psyche getrennt hat.

Sie betrachtet den Menschen als Körper – wobei im Prinzip ein Körper wie der andere funktioniert – und untersucht die Naturgesetze dieses Körpers. Sie trennt die Menschen voneinander und von ihrer Umgebung, denn als krank oder als gesund wird nur der einzelne Organismus betrachtet, nicht seine Umgebung. (S.23-24)

Als Antwort auf die Erwartungen an eine neue Bewegung im Bereich der Gesundheit in der ganzen Welt fand die Konferenz von Ottawa über Gesundheitsförderung 1986 statt. Die WHO definiert diese in der Ottawa Charta als

Ein Prozess, der bezweckt, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (...) um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse

befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. (Radix, n.d., S.1)

Unterbegriffe der Gesundheitsförderung sind Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung und Gesundheitsaufklärung.

Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung bezeichnen vorzugsweise die Aktivitäten, die vor allem in Familien und in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen ablaufen, um über Wissensvermittlung und pädagogische Kontakte Einstellungen, Kompetenzen und Fertigkeiten zu vermitteln, die der Selbstentfaltung dienen und das gesundheitsbewusste Verhalten eines Menschen fördern. (Brieskorn-Zinke, 2004, S.20)

„Gesundheitsberatung und Gesundheitsaufklärung umfassen – teilweise überlappend – alle Aktivitäten im öffentlichen Raum, die sich an Einzelpersonen oder an ein breites Publikum mit dem Ziel richten, über Informationsvermittlung und Entscheidungshilfen Einstellungen zu verändern und Verhaltensweisen zu beeinflussen.“ (Brieskorn-Zinke, ibid., S.20)

### **2.3.2. Determinanten von Gesundheit**

Determinanten von Gesundheit werden von der WHO definiert (1998) als « das Spektrum an persönlichen, sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Faktoren, die den Gesundheitszustand von Individuen oder Bevölkerungen bestimmen. » (S.12).

Die Hauptdeterminanten von Gesundheit sind laut dem European Policy Health Impact Assessment (Abrahams et al., 2004):

- Biologische Faktoren: Alter, Geschlecht, genetische Faktoren
- Faktoren individueller Lebensführung wie persönliches Verhalten, Beschäftigungsstatus, Bildungsabschluss, Einkommen, usw.
- Einflüsse von Gesellschaft und Gemeinwesen (sozioökonomisches Umfeld) wie soziale Unterstützung und Integration, Bürgerbeteiligung bei Politikentscheidungen, Beschäftigung (z.B. Qualität, Verfügbarkeit), usw.
- Lebens- und Arbeitsbedingungen (physische Umwelt) wie Luft-, Wasser-, Bodenqualität, Wohnung (Verfügbarkeit, Bedingungen), Lärm, Zugangsmöglichkeiten zu Menschen, Orten, Produkten, usw.

- Sozioökonomische, kulturelle und Umweltbedingungen wie internationale, nationale und regionale Politik, ausgedrückte/empfundene soziale/kulturelle Werte und Normen, usw.

### **3. Methode**

Für die Beantwortung der Fragestellung „Welche Bedürfnisse äussern ältere inhaftierte Menschen über 50 Jahre bezüglich Förderung ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit während der Haft?“ wurde eine systematische Literaturrecherche mit dem Ziel durchgeführt, eine Literaturübersicht zu erstellen. Die systematische Literaturübersicht ist als Methode geeignet, weil sie es ermöglicht, in dem gewählten Bereich den Stand der Forschung festzustellen und einen geeigneten ersten Schritt in die Forschung anbietet. Im vorliegenden Kapitel wird die angewandte Methode beschrieben.

#### **3.1. Ablauf der Literatursuche**

Als erster Schritt der Arbeit wurde von der Autorin Literatur aus verschiedenen Bereichen und Ländern zum Thema Gesundheit im Gefängnis gelesen. Literatur aus der Soziologie, wie die Beschreibung der totalen Institution von Goffman (1973) und Dokumente aus der Psychologie sowie französische, schweizerische und deutsche Literatur aus dem Gesundheitsbereich wurden zur Hilfe genommen. Bezüglich Empfehlungen für den Umgang mit Gefangenen wurden Dokumente der WHO und der UNO<sup>1</sup> zur Behandlung von inhaftierten Personen gelesen. Verschiedene Dokumente zur Gesundheitsförderung wie die Ottawa-Charta wurden untersucht. Zahlen und Fakten wurden hauptsächlich von der WHO und dem International Center for Prison Studies erworben sowie, für die Schweiz, vom Bundesamt für Statistik.

Durch das Sammeln von Informationen, Fakten und Beschreibungen kamen verschiedene fragenaufwerfende und interessante Themen zum Vorschein. Mit der Zeit, durch Überlegungen, Diskussionen mit Fachleuten und Begleitpersonen hob sich die endgültige Problematik heraus, die in dieser Arbeit untersucht wird: die Gesundheitsförderung im Gefängnis und besonders der erste Schritt dazu, die Identifizierung der Bedürfnisse der Bevölkerung.

---

<sup>1</sup> United Nations Organisation (UNO)



Nachdem die Fragestellung klar definiert worden war, fand die Durchführung der Studiensuche auf den elektronischen Datenbanken Pubmed, CINAHL und Medline statt. Die Studiensuche fand zwischen Juni und September 2011 statt. Nach dem ersten Suchverlauf wurde der Autorin klar, dass die Bearbeitung der Bedürfnisse der gesamten Gefängnispopulation in dieser Arbeit nicht möglich sein würde, da der Umfang zu gross ist. Aus diesem Grund präziserte sie den Fokus auf ältere Gefangene.

### **3.2. Suchbegriffe und Suchkriterien**

Zuallererst wurden Mesh-Terms identifiziert mit denen in den Datenbanken nach Studien gesucht werden sollte. Diese Mesh-Terms waren „Prisons“ und „Prisoners“ , „Needs Assessment“ und „Health Services Needs and Demand“, „Nursing“. Die verschiedenen Mesh-Terms wurden miteinander kombiniert. Die Suche anhand der Suchbegriffe in CINAHL, Pubmed und Medline ergab 789 Treffer, von denen sieben behalten wurden. Nachdem durch die erste Suche mit den Mesh-Suchbegriffen nicht genügend Material erworben wurde, suchte die Autorin nochmals anhand anderer Suchbegriffe. Die Suchbegriffe für die zweite Suche waren „physical health needs“ und „mental health needs“ und „social health needs“ kombiniert mit „prisoners“ und zuletzt „older adults in prison“. Diese Kombination ergab insgesamt 204 Treffer. Eine weitere Studie wurde dadurch gefunden. Die Bibliographien dieser Artikel wurden untersucht und eine weitere Studie wurde dadurch entdeckt. Zwei weitere Studien wurden per Zufall gefunden. In den Datenbanken CINAHL, Pubmed und Medline wurden Limiten bezüglich Abstract und Publikationsjahr gesetzt. Alle Artikel sollten ein Abstract vorweisen und in den letzten 10 Jahren oder zwischen 2000-2011 publiziert worden sein. Für den zweiten Suchvorgang wurde zudem eine Begrenzung bezüglich Alter gesetzt, um die Suche auf alte Menschen zu begrenzen. Der Suchvorgang, die Suchbegriffe sowie die Anzahl Treffer und die entsprechend gefundenen Studien sind in einer Tabelle im Anhang A detailliert aufgeführt.

### **3.3. Auswahl der Studien**

Die Artikel wurden in einem ersten Schritt anhand des Titels sortiert. Die Artikel in deren Titel klar ersichtlich war, dass sie nicht von inhaftierten oder älteren

Personen handelten wurden ausgeschlossen. Die Abstracts der bleibenden Artikel wurden gelesen und nach folgenden Kriterien ein- oder ausgeschlossen.

### **3.3.1. Ein- und Ausschlusskriterien**

Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden bei der Betrachtung der Abstracts für die Berücksichtigung von Studien angewendet:

- Die Publikationssprache: Studien auf Englisch, Deutsch und Französisch wurden berücksichtigt.
- Das Alter der untersuchten: die Studie sollte von älteren Menschen handeln. Studien, die die allgemeine Gefängnisbevölkerung berücksichtigten, wurden eingeschlossen, wenn ein klar und definierter Teil in den Ergebnissen von älteren Menschen handelte oder in dem Abstrakt beschrieben wurde, dass ältere Menschen miteinbezogen wurden und es dann auch in den Ergebnissen ersichtlich war.
- Die Umgebung der Teilnehmer sollte das Gefängnis sein; die Teilnehmer sollten zur Zeit der Untersuchung in Haft sein. Studien über entlassene ex-Gefangene wurden nicht berücksichtigt.
- Die Studien sollten von den Bedürfnissen der Gefangenen handeln, vorzugsweise aus ihrer Sicht und eher die Form einer qualitativen Forschung haben.
- Ausgeschlossen wurden Studien über die Bedürfnisse von Wächtern, die Rolle von Sozialarbeitern oder Pflegenden, usw.
- Ausgeschlossen wurden Studien, die keine Forschungsarbeiten waren, wie Diskussionsartikel, Beschreibungen, Meinungsartikel, usw.
- Studien aus Entwicklungsländern, wo im Abstrakt ersichtlich war, dass die Haftbedingungen einen grossen Unterschied aufweisen wurden nicht berücksichtigt. Zu grosse Unterschiede in der Versorgung der Gefangenen würden in unterschiedliche Bedürfnisse resultieren.

Eine Tabelle aller einbezogenen Studien befindet sich im Anhang B.

### **3.4. Beurteilung und Bewertung der Literatur**

Die Beurteilungsbogen von Behrens&Langer (2004) wurden für die Beurteilung von qualitativen Studien und systematischen Literaturübersichten bezüglich Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit benutzt. Jeder Beurteilungsfrage wurde ein Punkt zugeteilt, insgesamt gab es 12 Punkte.<sup>1</sup> In dem Beurteilungsbogen von Behrens&Langer zu qualitativen Studien fehlt eine Frage zu ethischen Berücksichtigungen, daher wurde von der Autorin ein Abschnitt hinzugefügt, um sicher zu stellen, dass die Zustimmung einer Ethikkommission erworben wurde und dass die Teilnehmer eine informierte schriftliche Zustimmung abgaben. Für die quantitativen Studien wurde der Beurteilungsbogen von LoBiondo & Haber (2005) angewendet, welcher insgesamt 14 Punkte zusammenstellt. Für Mixed Designs wurde die Methode von Long, Godfrey, Randall, Brettle & Grant (2002) benutzt, welche insgesamt 10 Punkte besitzt. Elf Studien erwiesen ein genügendes Qualitätsniveau, um in die Literaturübersicht einbezogen zu werden. Die verschiedenen erwähnten Beurteilungsbogen sowie die Beurteilungen der Studien befinden sich im Anhang C.

### **3.5. Gütekriterien**

Gütekriterien sind „Massstäbe, die entwickelt wurden, um die Qualität von Forschung bestimmen zu können. Sie geben darüber Auskunft, ob die Art und Weise, wie die Forschungsergebnisse in einer Studie zu Stande gekommen sind, wissenschaftlich korrekt war. Die Gütekriterien beziehen sich in der Regel auf die Erhebung und Auswertung der Daten.“ (Mayer, 2007, S.77)

#### **3.5.1. Reliabilität**

Die Reliabilität gibt Auskunft darüber, „ob wiederholte Messungen ein und desselben Gegenstandes oder Vorgangs mit ein und demselben Messinstrument immer die gleichen Werte liefern.“ (Mayer, 2007, S.78) In einer systematischen Literaturrecherche bezieht sich die Reliabilität auf die Genauigkeit der Recherche. Es sollte dazu führen, dass eine erneute

---

<sup>1</sup> Eine Tabelle der Punkten und Noten ist im Anhang D dargestellt.

Durchführung derselben Studie dieselben Ergebnisse ergibt. Der Vorgang der Erstellung der vorliegenden Literaturrecherche wurde klar beschrieben, mit dem Ziel eine präzise Wiederholung zu ermöglichen und dadurch dieselben oder ähnliche Ergebnisse zu erlangen.

### **3.5.2. Validität**

Die Validität oder Gültigkeit „zeigt an, ob ein Messinstrument tatsächlich das misst, was es messen soll.“ (Mayer, 2007, S.78) In einer Literaturrecherche heisst das, dass die Literaturrecherche gezielt und strukturiert geplant wird. Zu diesem Zweck folgte die Autorin den in Polit, Beck & Hungler (2004) beschriebenen Schritten zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht.<sup>1</sup>

### **3.6. Ethische Überlegungen**

Wie es von Mayer (2007) beschrieben wird, sollte die Pflegeforschung dieselben ethischen Grundsätze wie die praktische Pflege haben. Das heisst, dass die Interessen der Forschung nicht höher stehen dürfen als die Interessen des Menschen. Pflegende haben die Pflicht „die Menschenwürde und die Rechte der Patientinnen zu schützen und zu wahren (...) und unter keinen Umständen darf die Pflegeforschung Leid oder Schmerz verursachen.“ (S. 53)

Die Grundprinzipien der medizinischen Ethik sind Autonomie, Gutes tun, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit. Laut dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK, 2003) umfasst Autonomie den Respekt vor der Selbstbestimmung des Menschen, seine Fähigkeit selbst zu entscheiden. Der Patient hat das Recht alle notwendigen Informationen zu erhalten, um eine freie Entscheidung mit Wissen um die Konsequenzen zu treffen. „Konkret beinhaltet das Autonomieprinzip das Recht des Menschen, (...) ausreichend (...) über die Teilnahme an einem Forschungsprojekt informiert zu werden, um frei von Zwang eine Entscheidung treffen zu können (informed consent<sup>2</sup>)“ (S.11). Das Prinzip Gutes Tun beinhaltet die Verpflichtung, die

---

<sup>1</sup> Die Schritte zur Erstellung einer Literaturübersicht nach Polit et al. (2004) werden im Anhang H vorgestellt.

<sup>2</sup> Informierte Zustimmung

Interessen des anderen zu verteidigen und zu schützen, sein Wohlbefinden, seine Sicherheit und seine Lebensqualität zu fördern. Unter Nicht-Schaden wird die Fähigkeit verstanden, mögliche Risiken zu erkennen und auszuschalten und dadurch potentielle Schäden zu vermindern oder zu vermeiden. Nicht-Schaden bezieht sich „auf die Pflicht der Pflegenden, die Risiken eines physischen oder psychischen Schadens, der bei der Ausübung der Pflege oder im Zusammenhang mit der Forschung, der Institution oder der Umwelt entstehen könnte, so gering wie möglich zu halten.“ (S.16) In der Pflege beinhaltet das Gerechtigkeitsprinzip das Recht auf Pflege für alle, eine Chancengleichheit im Zugang zu Gesundheitsressourcen, das heisst die Ressourcen gerecht zu verteilen. Ein weiterer Aspekt beinhaltet, dass jeder gemäss seinen Bedürfnissen angemessen behandelt wird.

Konkret heisst es für die Praxis, dass drei Prinzipien des Persönlichkeitsschutzes angewendet werden sollten:

- „Umfassende Information und freiwillige Zustimmung aller Teilnehmerinnen (= freiwillige Teilnahme)
- Anonymität
- Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden“ (Mayer, 2007, S.54)

In vielen Ländern gibt es Ethikkommissionen, deren Aufgabe es ist zu untersuchen, ob die eingereichten Forschungsvorhaben ethisch vertretbar sind.

Aus diesem Grund hat die Autorin gewählt, bei Studien, die Menschen als Probanden hatten, nur diejenigen zu berücksichtigen, die eine ethische Bewilligung erhalten hatten und von den Teilnehmern eine informierte Zustimmung erhalten hatten. Die Autorin geht davon aus, dass die Anonymisierung der Daten durchgeführt wurde wenn die Bewilligung einer Ethikkommission erhalten wurde.

In der Studie von Grimbert, Demichelis & Benoit (2007) wird nicht beschrieben, dass die informierte Zustimmung der Teilnehmer eingeholt worden ist. Es wird präzisiert, dass sie frei waren die Teilnahme abzulehnen, was einige auch getan haben, jedoch wird keine schriftliche Zustimmung eingeholt. Die verschiedenen Forschungsinstrumente wurden von einem wissenschaftlichen

Rat akzeptiert, jedoch konnte die Autorin nicht herausfinden, ob dieser wissenschaftliche Rat die Funktion einer Ethikkommission besitzt. Da das Forschungsprojekt von einer offiziellen nationalen Organisation beauftragt worden war (Conseil Régional et Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Basse-Normandie), geht die Autorin davon aus, dass ethische Aspekte berücksichtigt worden sind. Dasselbe gilt für die schweizerische Studie von Baumeister & Keller (2011), welche eine schriftliche Zustimmung der inhaftierten Teilnehmer für die Einsicht in die Krankenakten und die Entbindung der Ärzte vom Berufsgeheimnis erhielt; es wird jedoch nichts von einer Bewilligung durch eine Ethikkommission berichtet. Da die Studie vom schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung unterstützt wurde, ging die Autorin davon aus, dass ethische Aspekte berücksichtigt worden waren. In beiden Studien wurde präzisiert, dass die Daten anonymisiert wurden.

### **3.7. Auswertung der Daten**

Die Datenauswertung hatte die Identifizierung von Gesundheitsbedürfnissen von älteren inhaftierten Menschen und die Bildung von Kategorien als Ziel. Die Autorin ging so vor, dass sie die Ergebnisse von jeder Studie gründlich las und untersuchte. Die Elemente, die sich als Bedürfnisse identifizieren liessen wurden herausgenommen und nach Ähnlichkeit zusammengelegt. Später wurden daraus Kategorien gebildet, indem den ähnlichen Bedürfnissen ein Überbegriff zugeordnet wurde.

## 4. Ergebnisse

Durch das Lesen, die Bewertung und die Zusammenfassung der Studien bildeten sich nach und nach verschiedene Bedürfniskategorien, die ältere Menschen im Gefängnis äussern. Die Ergebnisse sollen auf die zu Anfang der Arbeit formulierte Frage antworten. Diese lautet „Welche Bedürfnisse äussern ältere inhaftierte Menschen bezüglich Förderung ihrer physischen, psychischen und sozialen Gesundheit?“

Die folgenden Kategorien ergaben sich:

- Bedürfnis nach Gesundheitsinformation
- Bedürfnis nach altersspezifischen Gesundheitsprogrammen
- Bedürfnis, dem Alltag einen Sinn zu geben
- Bedürfnis nach Gesundheitsfürsorge
  - o Bedürfnis nach zugänglicher Gesundheitsfürsorge
  - o Bedürfnis nach regelmässigem Screening
  - o Bedürfnis nach psychischer Gesundheit
  - o Bedürfnis nach angemessener Behandlung
  - o Bedürfnis nach Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Bedürfnis, sich gesund zu ernähren
- Bedürfnis nach Zugang zu eigenen Ressourcen
- Bedürfnisse bezüglich der Gefängnisstruktur

### 4.1. Studien und Population

In 6 Studien wurden ältere inhaftierte Männer untersucht. In (Loeb, Steffensmeier & Myco (2007) wurden 51 Männer, im Alter von 50 bis 80 Jahren in einer Mindestsicherheitsanstalt in Pennsylvania anhand von fünf offenen Fragen bezüglich ihrer Gesundheitsvorstellungen und Sorgen befragt. In Loeb & Steffensmeier (2011) wurden 42 Männer, die 50 und älter waren, anhand von Fokusgruppen Diskussionen zu ihren Selbstpflegestrategien und den Hindernissen zu gesundheitsfördernden Verhalten, die sie erleben, gefragt. In

Grimbert, Demichelis & Benoit (2007) wurden 88 Männer über 60 aus 6 verschiedenen Haftanstalten anhand eines Fragebogens bezüglich ihrer Gesundheit gefragt. Die Studie von Loeb, Steffensmeier & Lawrence (2008) verglich die Gesundheit von 51 inhaftierten Männern in einer Mindestsicherheitsanstalt und 30 in der Gemeinschaft lebende Männer. Alle Teilnehmer waren 50 oder älter, die Daten wurden anhand eines strukturierten Interviews gesammelt. Die Studie von Fazel, Hope, O'Donnell & Jacoby (2008) interviewte und untersuchte die Krankheitsakten von 203 inhaftierten Männern, die 60 und älter waren, bezüglich der erhaltenen Behandlung und Angemessenheit. (Baumeister & Keller, 2011) untersuchten 22 ältere Gefangene anhand von narrativen Gesprächen. Eine Studie (Deaton, Aday & Wahidin, 2009-2010) untersuchte den Zusammenhang zwischen Gesundheitsvariablen und Ängsten vor dem Sterben bei 327 älteren inhaftierten Frauen (50 und älter) in 5 Süd-Staaten der USA. Die Studie von Condon, Hek & Harris (2008) untersuchte die Sicht von gefangenen Menschen bezüglich gesunder Entscheidungen im Gefängnis. 111 inhaftierte Menschen wurden anhand von halbstrukturierten Interviews in 12 Haftanstalten befragt, ein Teil davon waren ältere Gefangene (60+). Drei Studien waren Literaturübersichten. (Loeb & AbuDagga, 2006) befasste sich nur mit älteren Insassen (50 Jahre und älter). Die zwei anderen Literaturübersichten, Watson, Stimpson & Hostick (2003) und Harris, Hek & Condon (2006) befassten sich mit der gesamten Gefängnispopulation und widmeten einen Teil der Ergebnisse den älteren inhaftierten Personen. Sie setzen die Altersgrenze bei 60 Jahren und älter. Die Zusammenfassungen der Studien werden im Anhang F ausgeführt.

#### **4.2. Bedürfnis nach Gesundheitsinformation**

In Loeb et al. (2007) sprechen die älteren inhaftierten Männer von Information über das Älter werden, Unterricht über Themen, die ältere Menschen betreffen, Erklärung der Krankheit und Medikamente, usw. Sie berichten von verschiedenen Inhalten, die sie sich wünschen würden, Themen wie gesund alt werden, Ernährung und Sport, Gesundheitssymptome von Krankheiten wie Asthma, Diabetes und HIV verstehen und damit zurechtkommen. Zitate der Insassen illustrieren diese Programmvorschläge „Mehr Unterricht über Cholesterol und gesunde Nahrungsmittelgruppen wäre hilfreich.“ (Loeb et al.,



2007, S.324) und „Asthma Bewusstsein und [eine] Erklärung der Krankheit.“ (S. 324) und zum Schluss „Unterrichtsstunden für Männer über 50 über Themen wie Herzkrankheiten, Cholesterol und andere Beschwerden die bei älteren Männern häufig anzutreffen sind.“ (S. 324). In Loeb & Steffensmeier, (2011) berichten sie von weiteren Inhalten wie das Angebot einer Anleitung bezüglich Selbstpflegestrategien und Treffen bezüglich Gesundheitsprobleme einige Male im Monat anbieten. Die Teilnehmer dieser Studie sprechen von den Schwierigkeiten, Gesundheitsinformationen von Gefängnisgesundheitsfürsorgepersonal zu erhalten, weil diese keine Zeit haben, Information zu vermitteln oder sie nicht schriftlich festhalten und wegen dem Mangel an Literatur und Handouts.

#### **4.3. Bedürfnis nach altersspezifischen Gesundheitsprogrammen**

Es gibt wenig spezifische Programme für ältere Insassen und noch weniger für ältere inhaftierte Frauen, weil sie einen sehr kleinen Anteil der Gefängnisbevölkerung bilden (Loeb & Abudagga, 2006). In Loeb & Steffensmeier (2011) wird eine Liste der ersehnten Programme dargestellt. Diese betreffen die Informationsabgabe, die im vorigen Abschnitt beschrieben wurde, Sportprogramme und Programme zur Unterstützung beim allgemeinen Gesundheitsmanagement wie Anleitung bezüglich Selbstpflegestrategien und Unterstützung bei Raucheinstellung. Wenn Programme vorhanden sind, werden sie als Ressourcen für das tägliche Gesundheitsmanagement betrachtet. In derselben Studie äussern sich die Gefangenen zu Themen bezüglich der Organisation dieser Programme. Sie berichten, auf welchem Weg sie Informationen erhalten möchten und wer diese vermitteln soll. Die am häufigsten vorgeschlagenen Programme (Loeb et al., 2007) betrafen gesunde Ernährung, Sport und Information zur Gesundheit.

In Loeb & AbuDagga (2006) berichtet eine Studie, dass nur 3 Staaten in den USA besondere Programme für ältere Insassen anbieten. In Loeb et al. (2008) berichten 25.5% der Insassen, dass sie nicht wissen, dass gesundheitsfördernde Programme zur Verfügung stehen.

#### **4.3.1. Übergangsprogramm**

In Loeb & Steffensmeier (2011) wünschen sich die Gefangenen ein Programm, das einem beibringt, mit seiner Gesundheit nach Austritt aus dem Gefängnis auszukommen. In Grimbert et al. (2007) äussern 10 Gefangene Ängste bezüglich Austritt. In Loeb et al. (2007) werden Gründe für Vertrauen und Nicht-Vertrauen in ihrer Selbstwirksamkeit nach Entlassung detailliert. Der Grund nicht zu vertrauen ist, an Zugang zu Gesundheitsfürsorge zu mangeln. Die Gründe für Vertrauen sind, sich an gesundheitsfördernden Verhalten zu beteiligen, die Unterstützung durch die Familie, genügend Kenntnisse bezüglich Gesundheit zu besitzen, frühere negative Verhalten zu vermeiden und die Inanspruchnahme des Gesundheitsfürsorgesystems.

#### **4.3.2. Altersspezifische Sportprogramme**

„Ich bin nicht so gut in Form wegen den wenig gesundheitsorientierten Sportprogrammen für ältere Insassen“ beschreibt ein Mann (Loeb et al., 2007, S.322). Ein weiterer Insasse wünscht sich „ein Sportprogramm in der Turnhalle, dass überwacht wird [und sie] wiegen dich, und geben dir Ratschläge und leiten dich an.“ (Loeb et al., ibid., S. 324). In Condon et al. (2008) beschwerten sich ältere Gefangenen aus zwei Gefängnissen, dass sie davon abgehalten werden, den Fitnessraum zu benutzen, weil sie nicht als fit genug erachtet werden. Wenn für Gefangene mit Gesundheitsproblemen Heilgymnastik angeboten wird, beschreiben die Teilnehmer dieser Studie mehr Beteiligung der älteren Bevölkerung am Sport.

In Loeb & Steffensmeier (2011) wünschen sich die Gefangenen ein Sportprogramm für Männer über 50, das Angebot eines dritten Tags Gewichte heben und Hofzeit für die älteren Gefangenen ohne die jüngeren Insassen. Motivationen um Sport zu treiben waren, etwas zu ihrer Gesundheit beizutragen: „Krafttraining hat einen Einfluss auf die Senkung meines Bluthochdrucks“ (S.192) und „Ich laufe für meine [Gesundheits-]probleme“ (S.192). Häufige Gründe am Sport nicht teilzunehmen sind die Angst, dass sich ihre Gesundheitsprobleme verschlechtern würden, nicht genug Kraft zu haben und fehlende Motivation.

#### **4.4. Bedürfnis, dem Alltag einen Sinn zu geben**

Positiv bleiben (Loeb & Steffensmeier, 2011) beschreiben die älteren inhaftierten Menschen als mit bedeutungsvollen Aktivitäten beschäftigt bleiben (arbeiten, anderen helfen, an angenehmen Aktivitäten teilnehmen), psychisch stark sein und seine Zeit durchmachen. Ein älterer Insasse berichtet:

Es ist wichtig, sich nützlich zu fühlen, besonders für Kerle die längere Zeit psychisch unten waren; es ist gut für deinen psychischen Status. Ich fühle mich manchmal, als ob ich sterben würde. Ich fühle mich besser, wenn ich ein Ziel habe. Positive Sachen machen und eine positive Seite finden. (S.192)

Anderen helfen wird auch als wichtig betrachtet: „Ich bin ein Erziehungsbegleiter... Ich teile Sachen mit anderen. Kerle, die keinen von ausserhalb haben der ihnen hilft, tun mir leid. Ich helfe ihnen manchmal. Es hilft etwas vom Stress abzubauen. Ältere Kerle machen das und nicht die jüngeren Kerle.“ (Loeb & Steffensmeier, ibid., S.192). Ein anderer berichtet „Es hebt deine Stimmung, jemandem zu helfen.“ (S.192). Die Bedeutung, psychisch stark zu bleiben, wird in zwei weiteren Zitaten beschrieben:

Du kannst psychisch nicht aufgeben. Ich bin immer in der Lage gewesen, mich auf die Beine zu stellen; du kannst in einem Tief sein und nicht aufgeben... Ich sage mir immer, dass ich nicht aufgeben werde. Einige meiner Freunde haben aufgegeben, [Beispiel gegeben], er hat sich umgebracht. (Loeb & Steffensmeier, ibid. S. 192)

und „Die Situation, in der wir sind, ist sehr deprimierend, [du] musst etwas finden, dass dich heraufbringt, du darfst diesen Gedanken nicht nachhängen.“ (S. 192)

In derselben Studie wünschen sich die Gefangenen mehr Arbeitsmöglichkeiten für Männer über 50, um sie beschäftigt und aktiv zu halten.

In Loeb & AbuDagga (2006) beschwerten sich die Insassen in einer Studie bezüglich Langeweile, welche die Autoren in Zusammenhang bringen mit wenig Arbeitsmöglichkeiten, der allgemeinen Unfähigkeit beschäftigt zu bleiben und dem Vermeiden des Spaziergangs oder der Turnhalle wegen vorausgesetzter Leibvisitation.

#### **4.5. Bedürfnis nach Gesundheitsfürsorge**

Ältere Insassen haben laut Watson et al. (2003) grössere Gesundheitsbedürfnisse als die anderen Gefangenen. Multipathologie ist häufig; mit Einbezug von psychiatrischen Störungen haben 85% der älteren Insassen mehr als eine Haupterkrankung. Laut Baumeister & Keller (2011) haben alle befragten älteren inhaftierten Personen kleinere bis grössere körperliche Einschränkungen. Verschiedene Krankheitsbilder werden genannt.

Ein Teil der Gefangenen erlebt nach Inhaftierung eine Gesundheitsverschlechterung wie Entwicklung oder Verschlechterung von Diabetes, Depression, Knochen- und Gelenkerkrankungen, Herzkreislauf- oder Gewichtprobleme und eine abnehmende Tauglichkeit (Loeb et al., 2007). Ein Insasse beschreibt „Ich habe Gewicht verloren. Ich weiss, meine Prostata hat sich zurzeit verschlechtert. Ich habe nicht den normalen Energiegrad, den ich gehabt habe.“ (Loeb et al., *ibid.*, S.322) In Loeb & Steffensmeier (2011) ist Gesundheitsverschlechterung, die am meisten gemeldete Änderung in der Gesundheit. Die Gesundheit geht „den Hang runter“, sie sind weniger aktiv, weil sie so eingesperrt sind und negative Gesundheitsergebnisse werden erwähnt. In drei Studien in Loeb & Abudagga (2006) schätzt die Mehrheit der Insassen ihre Gesundheit als mittelmässig oder schlecht/sehr schlecht ein. In Grimbert et al. (2007) erklären 43% der Gefangenen ihren Gesundheitszustand als nicht gut oder schlecht, 36% berichten von einem akuten Gesundheitsproblem. In einer Studie in Loeb & AbuDagga (2006) wird hervorgehoben, dass ältere Frauen einen viel schlechteren Gesundheitszustand melden als ältere Männer.

Ein anderer Teil der Gefangenen schildert eine Gesundheitsverbesserung seit der Inhaftierung, wegen einer besseren Kontrolle über Krankheiten wie Diabetes und epileptische Anfälle, aufgrund einer besseren Kontrolle von Abhängigkeitsverhalten wie Drogen- oder Alkoholkonsum und Rauchen und wegen regelmässiger Impfung und Bewegung. (Loeb et al., 2007) „Als ich auf der Strasse war, war ich mir nicht wie jetzt bezüglich meines Gesundheitsverhaltens bewusst. Ich weiss jetzt viel mehr darüber, was zu tun und was nicht zu tun, als wenn ich auf der Strasse war.“ (S. 322), „Mein Diabetes ist unter besserer Kontrolle und ich habe mehr über mein Bluthochdruck gelernt, so dass ich es auf einem guten Niveau behalten kann.“

(S.322). In Loeb & Steffensmeier (2011) beinhaltet Gesundheitsverbesserung den Blutdruck unter Kontrolle kriegen, regelmässig Sport treiben, sich gesunder Ernähren und von Alkohol und Drogen wegkommen. Manche Gefangene in derselben Studie empfinden keine Veränderung in ihrer Gesundheit „das Gefängnis erhält dich“ (S. 188) und „ich denke meine Gesundheit ist ungefähr gleich“ (S.188). Mehr als die Hälfte der Insassen in Grimbert et al. (2007) haben eine gute Wahrnehmung ihrer Gesundheit. In zwei Studien in Loeb & AbuDagga (2006) berichtet derselbe Anteil von einer guten oder ausgezeichneten Gesundheit.

#### **4.5.1. Bedürfnis nach zugänglicher Gesundheitsfürsorge**

Für manche Insassen in Loeb et al. (2007) liegt ihr Vertrauen, dass sie ihre Gesundheit managen, darin, dass sie Zugang zu Gesundheitsfürsorge haben. „Falls irgendwelche Änderungen in meinem Körper auftreten, gehe ich zur Krankenstation und überprüfe es mit dem Arzt besonders weil ich über 50 bin.“ (S. 323) „Ich glaube, dass ich Zugang habe zu den wesentlichen Dienstleistungen, die ich brauche. Wenn etwas sich ereignet, habe ich Pflege und eine Erklärung bezüglich was ich machen muss erhalten können.“ (S.323) Und „Wenn ich merke, dass etwas schief ist, mache ich, dass ich schnell zur Krankenstation gehen kann, um es zu überprüfen.“ (S.323)

Auf der anderen Seite sind die Gesundheitsfürsorgedienste für Manche ein Grund für Missvertrauen, wegen Schwierigkeiten im Zugang zu Gesundheitsfürsorge und Unempfänglichkeit mancher Professioneller. „Es ist mehr als nur das Geld, das die Leute von der Krankmeldung abschrecken. Ich habe Beschwerden, aber sie hören nicht alle meine Klagen...sie geben dir Medikamente, nur wenn Untersuchungen gemacht werden sollten.“ (Loeb & Steffensmeier, 2011, S.189) Einige Insassen melden Bedenken, weil sie „nie dieselben Personen sehen auf der Krankenstation“ (Loeb & Steffensmeier, ibid., S.189). Andere beschreiben das Gesundheitsfürsorgepersonal als unempfänglich für die Bedürfnisse der Gefangenen und ungeduldig: „es hat Ungeduld und Menschlichkeit mangelt.“ (S. 189) Ein anderer berichtet „Ich wurde aus der ärztlichen Untersuchung rausgeschmissen, weil ich Fragen gestellt habe...Ich habe dem Arzt gesagt, dass ich nicht wirklich untersucht worden war. Der Arzt wurde wütend und setzte mich raus.“ (Loeb &

Steffensmeier, *ibid.*, S.189). Eine Frau in Deaton et al. (2009-2010) drückt ihr Hilflosigkeitsgefühl aus: „Es ist wie als ob sie sehen würden, dass dein Mund sich bewegt, aber sie hören kein Wort.“ (S.13). Und „Es ist schwer, einen Arzt zu sehen, erst musst du durch den Assistenten, um einen Arzt zu sehen und wenn der Assistent findet, es ist unwichtig, kann er dir verweigern, den Arzt zu sehen.“ (Loeb & Steffensmeier, *ibid.*, S.190) Beschrieben wird auch der schwierige Zugang zu spezialisierten und ergänzenden Untersuchungen. (Grimbert et al., 2007)

Und zuletzt wegen der Kosten: „die Krankenstation hat die Kosten gerade auf 4.00\$ pro Besuch und 4.00\$ für jede Medikation erhöht. Ich verdiene nur 14.00\$ im Monat. Wie soll ich gesund bleiben? Es hat 6 Jahre Reklamieren gebraucht, bis ich dann vor kurzem ein Schlafapnoe Alarmgerät erhalten habe.“ (Loeb et al., 2007, S. 324). Laut eines älteren Insassen würde die Mitbezahlung, Menschen die leiden, davon abhalten, Pflege zu beantragen (Loeb & Steffensmeier, 2011).

#### **4.5.2. Bedürfnis nach regelmässigem Screening**

Die älteren Insassen in Loeb & Steffensmeier (2011) äussern das Bedürfnis nach jährlichen Untersuchungen für Männer, die 50 und älter sind. In Loeb et al. (2007) wünschen die männlichen Insassen häufigeres Screening betreffend Prostata Krebs.

#### **4.5.3. Bedürfnis nach psychischer Gesundheit**

In der Studie von Grimbert et al. (2007) aus der Normandie äussern 26% der Teilnehmer, dass sie oft oder jeden Tag deprimiert sind und 14% denkt regelmässig oder sehr oft an Suizid. Zwei Drittel (67%) der befragten älteren Frauen in der Studie von Deaton et al. (2009-2010) bringen zum Ausdruck, dass sie regelmässig Gedanken über den Tod haben. Die Hälfte von ihnen beschäftigen diese Gedanken. Eine Frau berichtet „Ich bin 70 Jahre alt und werde älter, möglicherweise werde ich richtig krank und der Gedanke im Gefängnis zu sterben beschäftigt mich die ganze Zeit.“ (S.12).

Psychiatrische Zustände sind in der Literaturübersicht von Loeb & AbuDagga (2006) die am häufigsten nicht behandelten Zustände. Fazel et al. (2004) hat herausgefunden, dass nur 18% der älteren Insassen mit einem registrierten

psychiatrischen Problem psychoaktive Medikamente erhalten. Harris et al. (2006) finden durch ihre Literaturübersicht, dass die Dienste für psychiatrische Gesundheit auf jüngere Insassen ausgerichtet sind und dass ältere Gefangene der Gefahr ausgesetzt sind, ausgeschlossen und ignoriert zu werden. In Loeb & Steffensmeier (2011) wünschen sich die Teilnehmer mehr Stress und Wut Management Programme.

#### **4.5.4. Bedürfnis nach angemessener Behandlung**

In der Studie von Fazel et al. (2004) wird berichtet, dass nur 18% der Gefangenen mit registrierter psychiatrischer Störung psychoaktive Medikation erhalten. In Grimbert et al. (2007) melden 5 von 11 Gefangenen mit einem Ergebnis bezüglich Schmerzen zwischen 7-10 auf der Visuellen Analog Skala (VAS), keine Schmerzmedikamente zu erhalten.

In Deaton et al. (2009-2010) schildern die älteren Frauen ihre Befürchtungen bezüglich unangepasster und unzureichender Pflege: „die Angst vor dem Tod ist sehr hoch wegen dem Mangel an medizinischer Pflege. Meistens [sterben Insassen], weil sie nicht die Medikamente erhalten haben, die sie brauchten, aber noch häufiger, weil sie in einer lebensgefährlichen Situation gelassen worden sind und niemanden holen konnten, der ihnen hilft.“ (S.13) „Ich bekomme keine angemessene Behandlung hier. Wenn ich mir die Kenntnisse bezüglich der Sachen nicht anlese, wird nichts gemacht. Du musst dein eigener Arzt sein und mit dem Personal argumentieren, was Behandlung betrifft.“ äussert ein älterer Insasse. (Loeb et al., 2007, S. 324)

In Grimbert et al. (2007) meldet ein Teil der Insassen (15) ihre völlige Zufriedenheit mit der Pflege, die ihnen angeboten worden war. Andere melden ihre Unzufriedenheit bezüglich der zu langen Wartezeiten zwischen der Meldung der Symptome und dem Termin für die Untersuchung (auch bei der Zahnpflege), bezüglich ihrer Unzufriedenheit mit der Untersuchung selbst und zu kurzen Untersuchungen.

In Loeb & Steffensmeier (2011) äussern die Gefangenen Sorgen, dass es keinen Fussarzt gibt und wünschen sich einen spezialisierten Arzt für Krankheiten von Männern über 50.

#### **4.5.5. Bedürfnis nach Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens**

In Grimbert et al. (2007) erhalten nicht alle Gefangenen mit einer Abhängigkeit menschliche Unterstützung. Oft wird die Hilfe durch Mitgefangene geleistet, seltener durch Professionelle. In Loeb & AbuDagga (2006) berichten in einer Studie 70% der 65 teilnehmenden Institutionen, behinderte Gefangene zu beherbergen, nur 4 entsprechen den Kriterien des American with Disabilities Act. In Baumeister & Keller (2011) wird beschrieben, wie kleine bis grosse körperliche Einschränkungen, die alle Befragten beschreiben, zum Teil Einfluss auf die Alltagserledigung haben. In der Studie von Harris et al. (2006) wird geschildert wie die Gefängnisumgebung einen Einfluss auf die beeinträchtigte funktionelle Fähigkeit und Abhängigkeitsbedürfnisse der älteren Insassen hat.

#### **4.6. Bedürfnis, sich gesund zu ernähren**

In der Studie von Condon et al. (2008) berichten ältere Gefangene Sorgen über die langfristigen Auswirkungen einer schlechten Ernährung auf die Gesundheit. Ältere Insassen äussern ihre Bedenken und Herausforderungen bezüglich der Nahrung im Gefängnis (Loeb & Steffensmeier, 2011). „Eine gute Ernährung beizubehalten ist unmöglich“ (S.190) und ein anderer berichtet „das Essen ist schrecklich...ich lebe vom Laden“ (S.190). Dabei erwähnt ein Weiterer: „70% der Nahrung des Ladens hat Natrium...die Nahrung dort treibt dein Blutdruck hoch.“ (S.190). Sie wünschen sich, dass gesunde Nahrungsmittel im Laden angeboten werden. In Loeb et al. (2007) erwähnen sie den Wunsch nach gesunderer Ernährung, welcher durch folgende Zitate illustriert wird: „Ich würde mir eine bessere Auswahl von Nahrungsgruppen für die Insassen wünschen und das alternative Nahrungsgruppen serviert sein würden und nicht medizinisch verordnet sein müssen, um sie zu erhalten.“ (S.324) Und „Ich möchte gesunder essen, aber ich kann nicht einmal mehr als zweimal die Woche einen Salat erhalten.“ (S. 324)

#### **4.7. Bedürfnis nach Zugang zu eigenen Ressourcen**

Als Ressourcen für ihre Gesundheit bezeichnen die älteren Gefangenen in verschiedenen Studien ihre Familie und Angehörigen. In Deaton et al. (2009-2010) beschreibt eine ältere Frau, wie sie nach dem Tod von Bekannten im



Gefängnis damit umgeht, indem sie mehr über ihre Familie nachdenkt. „Ich habe sogar nach einem Tod nach Hause angerufen. Du hast Lust hinauszureichen, nachdem jemand gestorben ist.“ (S.18) Eine weitere Frau erinnert sich, dass sie gewöhnlich nach Hause anruft und mit ihrer Familie scherzt um sich von ihren Gedanken an den Tod im Gefängnis zu lösen. Die Kontaktmöglichkeiten nach aussen haben für alte Insassen eine besondere Bedeutung (Baumeister & Keller, 2011). Aufgrund der Ungewissheit über die noch verbleibende Zeit gestalten Manche die Gegenwart bewusster und bevorzugen den Kontakt zu emotional nahestehenden Personen. In der Studie von Loeb & Steffensmeier (2011) wird von den Insassen die Familie als Ressource erwähnt, weil durch sie Informationen erhalten werden können. In Grimbert et al. (2007) werden die Schwierigkeiten bezüglich der Familienbesuche geschildert: die Entfernung, die Kosten der Reise, die nicht immer tragbar sind, die Lage des Gefängnisses im Verhältnis zu öffentlichen Verkehrsmittel und der manchmal schlechte Gesundheitszustand der Ehefrau eines älteren Insassen, welcher eine Reise von mehreren Hunderten von Kilometern nicht ermöglicht.

Ein Drittel der Frauen in Deaton et al. (2009-2010) berichtet, dass sie ihre Ängste und Sorgen, krank zu werden und im Gefängnis zu sterben anderen Insassen mitteilten und zwei Drittel berichteten, dass sie regelmässig mit anderen Gefangenen über ihren Gesundheitsstatus sprechen.

Ältere Insassen berichten in Loeb & Steffensmeier (2011), dass sie auf spirituelle Ressourcen, wie Beten oder Meditieren vertrauen. Einer sagt „Ich danke Gott jeden Tag.“ (S.191) Die Mehrheit der Teilnehmerinnen in Deaton et al. (2009-2010) kehren zu Gebet und anderen spirituellen Aktivitäten, um mit ihren Ängsten gegenüber dem Tod im Gefängnis umzugehen. „Ich spreche mit Gott darüber“ (S.20) und „Ich gebe es Gott und er gibt mir Frieden.“ (S.20)

Es werden verschiedene Faktoren von den inhaftierten älteren Menschen geschildert, die zu einer hohen Selbstwirksamkeit während der Haft beitragen und ihnen dadurch Vertrauen vermitteln:

Gesunde Nahrungsmittel essen und sich regelmässig bewegen, angemessene Erholung erhalten und sich um sich selbst kümmern, wissen wie der Körper normal funktioniert, auf den Körper hören und den Überblick über die Gesundheit behalten, präventive Medizin

heraussuchen, schnellen Zugang zu Gesundheitsfürsorge haben.( Loeb et al., 2007, S.324)

Auf der anderen Seite beschreiben Insassen Faktoren, die zu niedriger Selbstwirksamkeit tragen. Diese sind „Gesundheitsprofessionelle als unempfindlich erleben, eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsfürsorge wahrnehmen, begrenzten Zugang zu gesunder Ernährung wahrnehmen, Sorgen über die Kosten von Krankenstationsbesuchen, besorgt durch die Kosten der Medikamente.“ (Loeb et al., 2007, S.324)

Eine weitere Ressource, die genannt wird, ist, wie wichtig es ist, sich selbst etwas beibringen zu können: „Wenn du dich nicht selbst bilden kannst, dann bist du in der Klemme“ (Loeb & Steffensmeier, 2011, S.191). Viele Informationsressourcen sind in schriftlicher Form zugänglich und werden von der „nationalen Gesundheitsorganisation“ oder von Büchern und aktuellen Zeitschriftausgaben erworben. Andere Medien, die erwähnt werden, sind Fernseher und Radio.

Für alle Befragten in Baumeister & Keller (2011) haben ihre Ressourcen und Bewältigungsstrategien einen wichtigen Einfluss auf ihre Anpassungsleistung an die Haftbedingungen.

#### **4.8. Bedürfnisse bezüglich der Gefängnisstruktur**

In Grimbert et al. (2007) äussern die Gefangenen Bedürfnisse bezüglich der infrastrukturellen Gegebenheiten des Gefängnisses: sie wünschen Bänke im Hof und Rampen in den Treppen, sie äussern das Bedürfnis nach einer besseren Einrichtung der Duschen mit Sitz und Fussbänkchen, ein Insasse wünscht sich ein Alarmsystem neben dem Bett, ein anderer eine medizinische Matratze und ein weiterer gemütlichere Stühle. Weitere Beschwerden richten sich gegen den betäubenden Lärm, die Feuchtigkeit und Kälte der Räume, die Qualität des Essens, die Menschenmasse und der Mangel an Intimsphäre, die Zugänglichkeitsschwierigkeiten und die auffälligen Räume.

Ähnliche Umfeldbedingungen werden auch in Loeb & Steffensmeier (2011) erwähnt. „Es ist üblicherweise zu kalt“ (S.189) und „die Betten sind ein Stahlbrett mit einer abgeschabten Matratze; meine Schulter und Hüfte und Knie schmerzen am Morgen auf der Seite, auf der ich gelegen habe.“ (S.189). Der

Mangel an Privatsphäre während den Untersuchungen wird ebenfalls erwähnt „Manchmal fühle ich mich unwohl mit dem Arzt zu reden, weil da zwei Wächter sitzen.“ (S.190). In Baumeister & Keller (2011) beschreiben die inhaftierten älteren Männer, dass die infrastrukturellen Gegebenheiten wie z.B. Rollstuhlgängigkeit oder Fahrstuhl die alltägliche Handlungsebene beeinflussen.

Ein Nicht-Raucher in Loeb & Steffensmeier (2011) äussert den Wunsch nach einer rauchfreien Zone und fasste durch das nächste Zitat die Meinung anderer zusammen: „Rauchen sollte aufhören, sie hatten Nicht-Raucher Gebäude, uns mit Rauchern zu haben verstösst gegen unsere Verträge...das ist keine Art ältere Menschen zu behandeln.“ (S.189) Die Haltung mancher Gefängniswächter wird als Belastung für die Gesundheit erlebt, zum Beispiel als Stressauslöser: „Du musst die Gesinnung des Personals ertragen, wenn sie zu Hause einen schlechten Tag hatten, lassen sie es an uns aus.“ (Loeb & Steffensmeier, 2011, S.189). Andere Herausforderungen sind, dass „Menschen, die nicht vorwärts kommen den Schlaftsaalen zugeordnet werden“ (Loeb & Steffensmeier, ibid., S. 189) und dass „ein höherer Prozentsatz der älteren Kerle den oberen Betten“ zugeordnet wurden. (S.189)

In Deaton et al. (2009-2010) äussert eine Frau Angst, dass die Gefängnisstruktur verhindern würde auf ihre Bedürfnisse einzugehen:

Krank zu sein und so eingesperrt zu sein, und du hast keine Möglichkeit, Hilfe zu holen, und du guckst raus und da siehst du kein Wächter während 20-30 Minuten vielleicht und du denkst, was, wenn ich ein Herzinfarkt habe, was, wenn ich nicht raus kann? Was, wenn der Strom ausfällt? Das macht mir wirklich Angst.“ (S.12)

## **5. Diskussion**

In dem vorhergehenden Kapitel wurden die Ergebnisse aus den Studien zur Beantwortung der Fragestellung in Kategorien vorgestellt. In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert und Zusammenhänge untereinander und mit dem theoretischen Rahmen aufgezeigt. Die Diskussion der Ergebnisse wird anhand der vorgestellten Kategorien gegliedert.

### **5.1. Validität der integrierten Literatur**

Jede Studie wurde bezüglich Qualität der Forschung beurteilt. Für jeden Forschungsansatz wurde ein angemessener Beurteilungsbogen verwendet. Das genaue Verfahren wird in der Methode beschrieben.

Sechs Studien erhielten eine genügende Note zwischen 4 und 4.5. Zwei Studien erhielten eine befriedigende Note zwischen 4.5 und 5.0. Eine weitere Studie erhielt eine gute Bewertung (5.25) und zwei Studien erhielten eine sehr gute Note, zwischen 5.5 und 6. Der Durchschnitt steht bei 4.6. Eine Übersicht über die erhaltenen Noten ist im Anhang E zum Nachschlagen verfügbar sowie die vollständigen Beurteilungen der Qualität im Anhang C.

Für die Studie von Fazel et al. (2008) konnte die Autorin nur den Bericht der Studie erwerben, welcher nicht alle wichtigen Elemente des Vorgangs beschrieb. Weiter ist zu beachten, dass die integrierten Literaturübersichten keine sehr hohe Qualität aufwiesen. Zwei von ihnen rezensierten nicht nur Forschungsartikel. Dies wird dadurch erklärt, dass es so wenig Forschung in diesem Gebiet gibt. Nur in einer (Harris et al., 2006) von den drei Literaturübersichten ist die Beurteilung der Studien nachvollziehbar und wird mit validierten Instrumenten durchgeführt. Zwei der qualitativen Studien erwiesen eine sehr gute Qualität und die dritte ein gerade genügende aufgrund mangelnder Beschreibung des Vorgangs. Zwei Studien mit gemischtem Design waren genügend und eine befriedigend. Die letzte Studie, eine quantitative Studie wurde als befriedigend eingeschätzt.

## **5.2. Ähnlichkeit der Studien**

Zu Beginn des Arbeitsprozesses wollte die Autorin hauptsächlich Studien aus Westeuropa einbeziehen mit dem Ziel, eine bestmögliche Übertragbarkeit der Resultate zu ermöglichen. Jedoch wurde durch die Suche nach Forschungsarbeiten ersichtlich, dass wenig Forschung auf diesem Gebiet in Europa durchgeführt worden war. Aus diesem Grund kommen 5 Studien aus den USA, vier aus Grossbritannien, eine aus Frankreich und eine Studie aus der Schweiz zusammen. Aufgrund der allgemein geringen Forschungsliteratur zu diesem Thema wurden unterschiedliche Forschungsansätze und Designs zusammengetragen. Drei Studien besaßen einen qualitativen Ansatz, zwei einen quantitativen, drei ein gemischtes Design und drei waren Literaturübersichten, also Sekundärliteratur, von denen zwei nicht nur aus Forschungsarbeiten bestanden.

Bei der untersuchten Population handelt es sich in allen Studien um Menschen im Strafvollzug und in sechs der Studien ausschliesslich um ältere Gefangene. In einer Studie werden die älteren Gefangenen mit älteren Männern in der Gemeinschaft verglichen und in einer weiteren Studie werden die Bedürfnisse älterer Insassen und behinderter Insassen untersucht. In den Resultaten werden in beiden Studien die Kategorien klar getrennt. In drei Studien wird die Gefängnispopulation allgemein berücksichtigt, jedoch gibt es getrennte Ergebnisse zu älteren Gefangenen.

Sieben Studien beschäftigen sich mit älteren Männern, in zwei davon, weil sich zu diesem Zeitpunkt keine älteren Frauen in den untersuchten Strafanstalten befinden. Eine Studie untersucht nur ältere Frauen. Zwei Literaturübersichten berücksichtigen Studien zu beiden Geschlechtern und in der letzten wird es nicht präzisiert. Die Altersgrenze wird in allen fünf Studien aus den USA bei 50 Jahren und älter gesetzt und in den Studien aus Grossbritannien, aus Frankreich und der Schweiz bei 60 Jahren und älter.

## **5.3. Ergebnisse**

### **5.3.1. Bedürfnis nach Gesundheitsinformation**

Dieses Bedürfnis kommt in zwei Studien zum Vorschein.<sup>1</sup> Die erwähnten Programmvorschlge der älteren Insassen, sowie die Zitate, die diese bestätigen oder ergänzen, zeigen ein hohes Interesse daran, über ihre Gesundheit informiert zu sein, ihre Krankheiten zu kennen und mit diesen umgehen zu können. Informationen zum Umgang sowohl mit körperlichen Krankheiten als auch mit psychischen Angelegenheiten (Stress, Wut) werden gewünscht. Dieses Bedürfnis nach Gesundheitsinformation kann unterbegriffen der Gesundheitsförderung wie Gesundheitsberatung und Gesundheitsaufklärung zugeteilt werden.

In einer Umgebung, in der dem inhaftierten Menschen die Kontrolle über die Umstände seines Lebens weggenommen wird, scheint der Autorin dieses Bedürfnis besonders wichtig. Das Wissen über die eigene Gesundheit könnte eine Möglichkeit sein, einen Teil der Kontrolle über sich selbst wiederzuerlangen. Wie es auch in der Ottawa Charta definiert wird „Die Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (Radix, n.d., S.2) Ein weiteres Zitat aus demselben Dokument bestätigt dies: „Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in der Lage ist selber Entscheidungen zu fllen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben.“ (Radix, ibid., S.3)

Dieses Bedürfnis kann auch mit einem Grundbedürfnis von Virginia Henderson vernetzt werden: lernen, entdecken oder befriedigen der Wissbegier, die zu einer normalen Entwicklung und Gesundheit und Gebrauch der vorhandenen Gesundheitsfürsorgedienste führen. (Henderson 1955 in Halloran 1996)

Eine der Aufgaben der Pflege im Gefängnis, die auf das geäusserte Bedürfnis antwortet, ist „angesichts eines Gesundheitsproblems zu unterstützen und zu schulen“ (Bertrand & Niveau, 2006, S. 253).

---

<sup>1</sup> Ein Überblick über die Bedürfnisse in den Studien wird im Anhang G präsentiert.

### **5.3.2. Bedürfnis nach altersspezifischen Gesundheitsprogrammen**

Das Bedürfnis nach altersspezifischen Programmen wird insgesamt in sechs Studien genannt. Die wenigen spezifischen Programme für ältere Menschen reflektieren die allgemeine Lage, in der sich die Gefängnisse befinden. Sie sind auf eine ältere Bevölkerung nicht vorbereitet, wie UNODC (2009), Duffin (2010) und Parrish (2003) beschreiben. Ausserdem äussert Viertel der älteren Insassen in Loeb et al. (2008), dass sie nicht wussten, dass gesundheitsfördernde Programme angeboten wurden, was auf einen Mangel in der Informationsübermittlung weist.

Die inhaftierten älteren Menschen äussern ein Bedürfnis nach Begleitung und Vorbereitung auf den Austritt, um ihre Gesundheit auch nach Austritt managen zu können. Diejenigen, die Sorgen äussern, formulieren diese bezüglich des Zugangs zu Gesundheitsfürsorge. Dieser Aspekt ist auch ein Ziel des „Health in Prison Project“ der WHO-Europa, indem es die Mitgliedstaaten in der Schaffung von Verbindungen zwischen den Gemeinschaftsgesundheitsfürsorgesystemen und denen der Gefängnisse unterstützt. Aus den Aussagen der Insassen ist ersichtlich, dass viele die Selbstwirksamkeit berichten, ihre Ressourcen im Gefängnis fördern konnten und gelernt haben, mit ihrer Gesundheit umzugehen.

Manche äussern eine gesundheitsfördernde Haltung gegenüber dem Sport, indem sie sich bewusst bewegen, um ihrer Gesundheit etwas Gutes zu tun. Andere erwähnen eine Nicht-Teilnahme an Bewegung wegen Angst, dass sich ihre Gesundheitsprobleme verschlechtern würden. Diese Äusserung kann mit dem Bedürfnis nach Information zusammengebracht werden. Die Frage stellt sich, ob diese älteren Insassen genügend Informationen zu ihrer Gesundheit besitzen. Ein weiterer Grund „nicht genug Kraft haben“ weist nochmals auf den Bedarf an spezifisch angepassten Programmen für ältere Menschen hin.

Der Wunsch nach Unterstützung bei Raucheinstellung wird erwähnt. Der Umgang mit Alkohol wird nicht als geäussertes Bedürfnis zum Thema gemacht, obwohl es von der UNODC (2009) als ein identifiziertes Problem in dieser Gruppe geschildert wird. In Grimbert et al. (2007) wird der Alkoholkonsum vor Inhaftierung untersucht. In Loeb & Steffensmeier wird wegkommen vom Alkohol als ein Aspekt der Gesundheitsverbesserung geschildert. Es wird aber kein

Bedürfnis bezüglich Unterstützung im Alkoholumgang geäußert. Dieses Bedürfnis wird in Condon et al. (2008) beschrieben, aber nicht von der älteren Population. Für die Autorin könnte die gezwungene Abstinenz, die durch die Abwesenheit von Alkohol im Gefängnis bewirkt wird, diese Angelegenheit in den Hintergrund treiben. Es ist für sie offensichtlich, dass Alkohol beim Eintritt ein Thema sein muss, wenn die betroffenen Personen plötzlich keinen Zugang zu Alkohol mehr haben und sie einen Entzug durchmachen müssen, welcher zum Teil medikamentöse Unterstützung benötigt. Der Alkoholkonsum scheint der Autorin ebenfalls ein wichtiges Thema vor Entlassung zu sein. Nach Entlassung muss die Person wieder mit dem Zugang zu Alkohol umgehen.

### **5.3.3. Bedürfnis, dem Alltag einen Sinn zu geben**

Das Bedürfnis, dem Alltag einen Sinn zu geben wird in 2 Studien beschrieben. Der Aspekt der bedeutungsvollen Aktivitäten kann mit dem von Virginia Henderson beschriebenen Bedürfnis nach befriedigender Beschäftigung in Zusammenhang gebracht werden. Die Qualität und Verfügbarkeit von Beschäftigung gehört zu den Determinanten von Gesundheit; es sind die Faktoren, die den Gesundheitszustand von Individuen oder Bevölkerungen bestimmen.

Das Bedürfnis einiger älteren Insassen anderen zu helfen kann mit einer der Definitionen von Gesundheit der Ottawa Charta in Verbindung gebracht werden „Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt (...).“ (S.3).

Viele Äusserungen der Gefangenen bringen zum Vorschein, wie wichtig es für sie ist, etwas Sinnvolles aus ihrem Alltag zu machen und sich von der Situation nicht unterkriegen zu lassen.

### **5.3.4. Gesundheitsfürsorge**

Das allgemeine Bedürfnis nach Gesundheitsfürsorge wird in allen Studien ausser einer identifiziert. wird Die Verbesserung auf der einen Seite durch Zugang zu Gesundheitsfürsorge und Befriedigung von Bedürfnissen, denen ausserhalb keine Beachtung geschenkt wurde, sowie für Andere die Verschlechterung des Gesundheitszustandes sind die in der Literatur oft beschriebenen Folgen der Inhaftierung auf die Gesundheit (Duffin, 2010;



Parish, 2003). Wie von Bögemann et al. (2010) beschrieben bietet für manche die Zeit im Gefängnis eine Möglichkeit, den Zugang zu sonst aufgrund von sozialem Status und anderen Lebensbedingungen unberücksichtigten oder unzugänglichen Ressourcen zu nutzen. Für andere birgt das Gefängnis eine Gefahr für die Gesundheit, z.B. durch eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsfürsorge oder den Stress der Inhaftierung. In allen Fällen ist der Zugang zur Gesundheitsfürsorge von Bedeutung, entweder durch Gewährleistung einer Kontinuität mit der zuvor erhaltenen Gesundheitsfürsorge oder durch die Möglichkeit, die Gesundheit von Menschen zu beeinflussen, die sonst Gesundheitsfürsorgedienstleistungen nicht in Anspruch nehmen oder nehmen können.

#### **5.3.4.1. Bedürfnis nach zugänglicher Gesundheitsfürsorge**

Für einen Teil der Insassen ist ein guter Zugang zur Gesundheitsfürsorge ein Grund zu vertrauen. Für Andere wird der Zugang zur Gesundheitsfürsorge als erschwert beschrieben. Der Zugang zu Gesundheitsressourcen wird im ethischen Prinzip der Gerechtigkeit als etwas geschildert, das jedem gewährleistet sein sollte (SBK, 2003). In diesem Kapitel wird beschrieben, dass dieses Prinzip die Pflicht beinhaltet, „die Ressourcen gerecht zu verteilen und jeden gemäss seinen Bedürfnissen angemessen zu behandeln.“ (S.19)

« Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt. » (International Council of Nurses, 2005, S.1). In Powell et al. (2010) betrachten es die Pflegenden als eine ihrer Hauptaufgaben, auf die geäußerten Bedürfnisse einzugehen. In Bertrand & Niveau (2006) beschreiben die Pflegenden ihre Aufgabe, den inhaftierten Personen Unterstützung und Hilfe anzubieten, d.h. einen Ort zu gewährleisten wo die Person akzeptiert wird wie sie ist, wo ihr empathisch entgegen gekommen wird und aktiv zugehört wird. Aus den Aussagen der inhaftierten älteren Personen ist ersichtlich, dass dies nicht immer der Fall ist.

#### **5.3.4.2. Bedürfnis nach regelmässigen Screenings**

Dieses Bedürfnis kann in Zusammenhang damit gebracht werden, dass ältere Gefangene ein körperliches Alter von 10 Jahren über ihrem chronologischen Alter aufweisen, wie es im Dokument der UNODC (2009) beschrieben wird. Dadurch erleben sie früher körperliche Änderungen, für die sie untersucht werden möchten.

Die verschiedenen Autoren sind sich nicht einig über das Ausmass des älteren körperlichen Alters im Verhältnis zum chronologischen Alter. Fazel et al. (2004) spricht von 5-10 Jahren, die UNODC, wie zuvor erwähnt, sowie Deaton et al. (2009-2010) sprechen von 10 Jahren, Loeb et al. (2007) und Loeb et al. (2008) sprechen von 10-15 Jahre.

#### **5.3.4.3. Bedürfnis nach psychischer Gesundheit**

Die in den Ergebnissen erwähnten Zahlen zeigen die Häufigkeit von psychischen Störungen, Ängsten und unbehandelten Angelegenheiten. Die Prävalenz von psychischen Störungen wird auch in der Literatur beschrieben (WHO, 2011a).

Die Angst im Gefängnis zu sterben, die in Deaton et al. (2009-2010) untersucht wird und die dadurch entstehende Last auf das psychische Wohlbefinden von älteren Gefangenen wird auch in dem Dokument der UNODC (2009) über ältere Gefangene beschrieben.

Die älteren Insassen in Loeb & Steffensmeier (2011) wünschen sich Programme zum Management von Stress und Wut. Dieser Wunsch widerspiegelt eine gesundheitsfördernde Einstellung und ein Wunsch, seine psychischen Ressourcen zu stärken.

#### **5.3.4.4. Bedürfnis nach angemessener Behandlung**

Wie es die WHO (2007) als eines der Grundprinzipien der Pflege im Gefängnis darlegt, haben inhaftierte Personen genau dasselbe Recht auf Pflege wie jeder andere Mensch und sollten dieselbe Pflege erhalten. Die aus den Studien hervorkommende Situation scheint den Anstrengungen nicht immer gerecht zu werden: nicht behandelte Krankheiten und Schmerzen, lange Wartezeiten.

Zu kurze Untersuchungen werden genannt und könnten ein Bedürfnis nach besserer Empfänglichkeit und ein Mangel an Eingehen auf die Bedürfnisse widerspiegeln.

#### **5.3.4.5. Bedürfnis nach Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens**

Wenige Gefangene sind von einer Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens betroffen, aber es gibt sie und sie zeigen nochmals, dass die meisten Gefängnisse nicht mit der Vorstellung entworfen wurden, dass Menschen in ihren Wänden alt werden würden. Dienstleistungen zur Unterstützung von Personen mit Abhängigkeiten mangeln.

#### **5.3.5. Bedürfnis, sich gesund zu ernähren**

Dieses Bedürfnis reflektiert den Wunsch, ein gesundheitsförderndes Verhalten im Bereich der Ernährung zu leben. Die älteren Gefangenen, die dieses Bedürfnis äussern, kennen den Einfluss der Ernährung auf die Gesundheit oder möchten mehr darüber erfahren und wünschen, durch die Ernährung etwas zu ihrer Gesundheit beizutragen. Dieses Bedürfnis wird in 3 Studien erwähnt.

#### **5.3.6. Bedürfnis nach Zugang zu eigenen Ressourcen**

Dieses Bedürfnis kommt in fünf Studien zum Vorschein. Wie in Hillenkamp (2005) zitiert nach Bögemann et al. (2010) beschrieben ist der Alltag des Gefängnisses ressourcenverringend. Auch die Unterbrechung zum Leben davor, zum Leben aussen, hindert den Gefangenen am Zugang zu seinen üblichen Ressourcen.

Die Familie und Angehörigen als Ressource können mit dem folgenden Bedürfnis von Henderson in Zusammenhang gebracht werden: Emotionen, Bedürfnisse, Ängste oder Meinungen im Umgang mit anderen zum Ausdruck bringen. Das Bedürfnis nach Anwendung von spirituellen Ressourcen kann mit einem weiteren von Virginia Henderson beschriebenen Bedürfnis verknüpft werden: Gott entsprechend seinem persönlichen Glauben dienen.

Wie in Baumeister & Keller beschrieben helfen den Gefangenen ihre Ressourcen, sich an die Haftbedingungen anzupassen. Auf persönliche

Ressourcen zurückgreifen können ist eine wichtige Form der Stressbewältigung.

### **5.3.7. Bedürfnisse bezüglich der Gefängnisstruktur**

Die Schilderungen der älteren Insassen reflektieren die in der Literatur beschriebene Situation: Gefängnisse wurden für junge Menschen gebaut (UNODC, 2009). In der Konzeption der meisten Gefängnisse wurde nicht berücksichtigt, dass ältere Menschen im Gefängnis leben würden. Dieses Bedürfnis kann mit einem der Hauptdeterminanten der Gesundheit (Abrahams et al, 2004) verknüpft werden, nämlich mit den Lebens- und Arbeitsbedingungen, also mit der physischen Umwelt, worunter Wohnbedingungen (Kälte, Baufälligkeit der Räume,...) und Lärm untergeordnet werden können.

Die Einrichtungen und Regeln des Gefängnisses können auf die psychische Gesundheit der Insassen lasten, z.B. Stress, der durch das Aufsichtspersonal ausgelöst wird oder Angst, wegen der Infrastruktur nicht die notwendige Pflege zu erhalten. Dieses Bedürfnis wird in vier Studien zum Vorschein gebracht.

## **5.4. Kritische Auseinandersetzung**

### **5.4.1. Stärken der Arbeit**

Die Autorin folgte für die Erstellung der Arbeit dem vorgeschlagenen Vorgang in Polit et al. (2004), die Durchführung der Literaturrecherche wird in der vorliegenden Arbeit klar beschrieben. Aus diesem Grund sollte die Studie wiederholbar sein und dieselben oder ähnliche Ergebnisse hervorbringen, was eine gute Validität und Reliabilität gewährleisten soll.

Die Thematik ist, mit den wachsenden Zahlen der älteren Menschen im Gefängnis in vielen westlichen Ländern für die Pflege aktuell. Ältere Menschen haben spezifische Gesundheitsbedürfnisse und die Struktur des Gefängnisses, bietet bedeutende Herausforderungen für die Pflege dieser Bevölkerung.

Die einbezogenen Studien wurden zwischen 2003 und 2011 publiziert, also in den letzten 8 Jahren, was die Aktualität der Ergebnisse garantiert.

Diese Literaturübersicht deutet auf eine Lücke in der Forschung was die Bedürfnisse von älteren inhaftierten Menschen anbetrifft.

#### **5.4.2. Schwächen und Grenzen der Arbeit**

Die elektronische Suche von Studien war die erste Erfahrung der Autorin mit diesem Vorgang. Aus diesem Grund und wegen der begrenzten Zeit und da nur sie die Recherchen durchführte, kann die Autorin keine lückenlose Übersicht garantieren.

Die Studien wurden nur durch die Autorin der Arbeit ausgewählt und beurteilt, was nur eine Sichtweise ermöglicht. Dasselbe gilt für die Kategorienbildung.

Es wurden nur 11 Studien zusammengetragen. Eine grössere Anzahl Studien würde die Repräsentativität der Arbeit erhöhen. Die kleine Anzahl Studien begrenzt die Aussagekraft der Ergebnisse.

Die Homogenität der Studien konnte wegen der limitierten Forschungsliteratur auf diesem Gebiet nicht gewährleistet werden. Die Zusammenstellung aus qualitativen und quantitativen Forschungsdesigns, sowie Literaturübersichten erschwerte die übersichtliche Zusammenstellung der Ergebnisse.

Die schwache Qualität der meisten Studien muss ebenfalls erwähnt werden. Unpräzise Beschreibungen des Forschungsvorgangs sowie der Teilnehmer schaden der Glaubwürdigkeit der Ergebnisse.

Die Sichtweise der inhaftierten älteren Menschen wurde nicht in allen Studien direkt untersucht. Die drei Literaturübersichten, die Sekundärliteratur sind, erforschten nicht direkt mit Teilnehmern. In den anderen Studien wurden ältere inhaftierte Menschen direkt gefragt. Nicht in allen Studien wurden die Bedürfnisse aus Sicht der Gefangenen untersucht. In manchen Studien mussten Bedürfnisse aus den beschriebenen Situationen abgeleitet werden.

Eine Grenze der Arbeit befindet sich in der unterschiedlichen geographischen Herkunft der Studien. Wie zuvor erwähnt gibt es bedeutungsvolle Unterschiede in der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis zwischen dem System in den USA und dem in Europa welche die Vergleichbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigen.

Obwohl die Autorin die englische Sprache gut beherrscht und die Studien mehrmals gelesen, zusammengefasst und bewertet wurden, ist zu berücksichtigen, dass Englisch nicht ihre Muttersprache ist.

### **5.5. Fazit der Diskussion**

Die erarbeiteten Ergebnisse machen deutlich, dass ältere Menschen im Gefängnis spezifische Gesundheitsbedürfnisse haben. Das Interesse an Information über die eigene Gesundheit kommt stark zum Vorschein sowie die allgemeine Notwendigkeit die Dienstleistungen dieser Population anzupassen. Viele geäußerte Bedürfnisse zeigen, dass die international vorgegebene Gleichwertigkeit der Pflege im Gefängnis verglichen mit der Gesundheitsversorgung aussen nicht oder nicht genügend vorhanden ist.

## 6. Schlussfolgerung

Diese Arbeit verfolgte das Ziel, anhand der Ergebnisse der aufgezählten Literatur die Gesundheitsbedürfnisse von älteren inhaftierten Menschen zu identifizieren und Kategorien von Bedürfnissen zu bilden.

Zuerst wird die Bedeutung dieser Arbeit für die Praxis beschrieben, im darauf folgenden Abschnitt wird die Fragestellung nochmals hervorgehoben und beantwortet. Danach werden Empfehlungen für die Praxis abgeleitet und ein Vorschlag zur Implementierung vorgestellt. Zuletzt wird der Forschungsbedarf auf diesem Gebiet detailliert.

### 6.1. Bedeutung der Literaturübersicht für die Pflegepraxis

Das Thema ist aufgrund der wachsenden älteren Bevölkerung im Gefängnis in vielen Ländern aktuell. Diese Arbeit gibt Auskünfte über die Bedürfnisse, die ältere inhaftierte Menschen bezüglich ihrer Gesundheit äussern. Das Wissen über die Bedürfnisse der gepflegten Population ist von Bedeutung für die Pflege, da die Gesundheitsförderung zu einer ihrer Hauptaufgaben zählt (DVfP, 2005) und weil ein erster Schritt der Gesundheitsförderung die Erkennung der Bedürfnisse einer Bevölkerung ist (WHO, 1998).

### 6.2. Beantwortung der Fragestellung

*Welche Bedürfnisse äussern ältere inhaftierte Menschen über 50 Jahre bezüglich Förderung ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit?*

Anhand der Ergebnisse der 11 rezensierten Studien konnten 7 verschiedene Bedürfniskategorien identifiziert werden. Die Bedürfnisse, die von den älteren inhaftierten Menschen geäußert werden, sind Bedürfnisse zur Förderung ihrer Gesundheit. Sie betreffen sowohl die körperliche, wie die psychische und soziale Ebene der Gesundheit. Die identifizierten Bedürfnisse sind das Bedürfnis nach Gesundheitsinformation, nach altersbezogenen Gesundheitsprogrammen, das Bedürfnis, dem Alltag einen Sinn zu geben, das Bedürfnis nach Gesundheitsfürsorge, das Bedürfnis sich gesund zu ernähren und Zugang zu eigenen Ressourcen zu haben, und zuletzt Bedürfnisse im Zusammenhang mit der Gefängnisstruktur. Ein Bedürfnis, das aus fast allen

zitierten Bedürfnissen hervorragt, ist die Notwendigkeit die Dienstleistungen der Gesundheitsfürsorge dieser spezifischen Altersgruppe anzupassen. Ein weiteres leitendes Bedürfnis ist der Bedarf nach Information, welches im Zusammenhang mit vielen Bedürfnissen erwähnt wird.

### **6.3. Empfehlungen für die Praxis**

Aufgrund ihres aktuellen Wissenstands beschreibt die Autorin Empfehlungen für die Praxis, welche auf die geäußerten Bedürfnisse eingehen.

Allgemein sollten die Gesundheitsfürsorgedienstleistungen im Gefängnis der wachsenden älteren Bevölkerung angepasst werden.

Spezifische Informationen zum physiologischen Altern sollten angeboten werden sowie Informationen zu Gesundheitsförderung wie gesunde Ernährung und Bewegung. Erklärungen der Krankheiten und Behandlungen sowie Anleitung zum Umgang mit diesen sollten systematisch angeboten werden. Wenn der Patient danach fragt muss die Pflege sich die Zeit nehmen ihm ausführlich zu antworten. Handouts und schriftliche Information sollten zur Verfügung stehen.

Programme zur Unterstützung der Gesundheit von älteren inhaftierten Menschen sollten geplant und durchgeführt werden. Weitere Beispiele sind Programme zur Unterstützung von Raucheinstellung und ein Programm zur Vorbereitung auf den Austritt. Dieses sollte die Insassen vorbereiten ihre Krankheit nach Entlassung zu managen. Es sollte ausserdem die Ressourcen der Gefangenen fördern und ihnen helfen, diese zu identifizieren und einzusetzen.

Die älteren inhaftierten Insassen sollten unterstützt werden in ihrem Bedürfnis dem Alltag einen Sinn zu geben. Die Pflege sollte die Insassen in der Sinngebung unterstützen, denn diese wird von den älteren Gefangenen als wichtig für das psychische Wohlbefinden betrachtet.

Allgemein sollten die Standards der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis denen ausserhalb gleichen, wie es die Richtlinien zur Pflege im Gefängnis vorgeben. Die Pflege muss die inhaftierte Person als Patienten betrachten und mit ihm auf diese Weise umgehen. Auf die von den Insassen geäußerten Bedürfnisse



muss auf adäquater Weise eingegangen werden. Besondere Beachtung sollte der psychischen Unterstützung geschenkt werden, zum Beispiel durch Assessment der psychischen Gesundheit. Die Dienstleistungen zu psychischer Gesundheit sollten an ältere Menschen angepasst werden, Trauerbegleitung und Umgang mit Angst vor dem Tod sollten angeboten werden. Altersbezogene Screenings sollten dem körperlichen früheren Altwerden von inhaftierten Menschen angepasst werden. Für Personen mit Abhängigkeit in den ATL's sollte eine Einschätzung gemacht werden und entsprechende materielle und menschliche Hilfsmittel angeboten werden. Eintrittseinschätzungen sollten an ältere Leute angepasst werden. Wenn eine Störung, Krankheit oder Beeinträchtigung festgestellt wird soll die Person eine angemessene Behandlung erhalten.

Da das Gefängnis eine ressourcenverringende Umgebung darstellt, sollten die Pflegenden darauf achten, die Insassen laufend in der Erkennung und Förderung ihrer Ressourcen zu unterstützen.

Manche Bedürfnisse hängen nicht direkt mit dem Auftrag der Pflege zusammen und benötigen daher eine interdisziplinäre Arbeit mit der Gefängnisleitung. Die betroffenen geäußerten Bedürfnisse sind die Ernährung, die im Gefängnis serviert wird, angepasste und zugängliche Beschäftigungen für ältere Menschen, altersgerechte Sportprogramme und Anpassung der Einrichtungen an die Bedürfnisse von älteren Menschen, z.B. Einrichtungen für Personen mit reduzierter Mobilität (Griffe, Rampen, Bänke, usw.) Die Pflegenden sollten bezüglich dieser Aspekte aufmerksam sein und in diesem Bereich mit dem Gefängnissystem zusammenarbeiten, um diese Bedingungen zu optimieren. Die gesundheitsschädigenden Einflüsse sollten gemeldet werden und zusammen verbessert werden.

Bedürfnisse müssen individuell für jede Person eingeschätzt werden. Diese Literaturübersicht bietet einen Überblick über verschiedene Bedürfniskategorien, die von älteren inhaftierten Menschen geäußert werden oder die ersichtlich sind. Diese Kategorien sollten berücksichtigt werden, jedoch sind sie kein allgemeingültiges Schema, dass auf jeden älteren inhaftierten Menschen übertragen werden kann. Es ist zu beachten, dass Bedürfnisse von einem Land zum andern oder von einer Anstalt zur anderen mehr oder weniger

gedeckt sein können. Zum Beispiel scheint ein Teil der Gefangenen in der französischen Studie (Grimbert et al., 2007) mit der Gesundheitsfürsorge völlig zufrieden zu sein. In der Studie von Loeb et al. (2007) erlebten die Gefangenen den Zugang zu Gesundheitsfürsorge für die einen als eine Ressource, für die anderen als eine Gefahr für ihre Gesundheit, weil schwierig.

#### **6.4. Implementierung der Ergebnisse in die Praxis**

Die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis oder die Anwendung der Forschung in der Praxis bedeutet „eine wissenschaftlich fundierte, durch Forschungsergebnisse gestützte Erkenntnis systematisch in die Praxis zu integrieren.“ (Mayer, 2007, S.182) In dieser Phase werden auch die in der Praxis tätigen Pflegenden aktiv und nicht mehr nur die Forscher.

Da die Implementierung von Forschungsergebnissen in die Praxis einen besonderen Prozess benötigt, empfiehlt die Autorin das 6-Schritte Modell<sup>1</sup> zu Evidence-based Nursing (EBN)<sup>2</sup> von Behrens & Langer (2004) anzuwenden. Die ersten vier Schritte wurden von der Autorin in der vorliegenden Arbeit durchgeführt. Im ersten Schritt wurde im Zusammenhang mit der Aufgabe der Pflege ein Problem erkannt. Im zweiten Schritt wurde eine klar beantwortbare Frage gestellt. Im nächsten Schritt wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, anhand derer relevantes Forschungswissen gefunden werden sollte und im vierten Schritt wurde die gefundene Literatur in Hinsicht auf Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit beurteilt.

Im fünften Schritt werden die Ergebnisse in die Praxis auf einer Abteilung oder Pflegeeinrichtung integriert. Vorzugsweise wird eine in einer Haftanstalt vorhandenen Krankenstation gewählt, in der Pflegende alltäglich mit älteren inhaftierten Personen in Kontakt stehen. Um den Pflegenden die erarbeiteten Kenntnisse näher zu bringen, wäre die Durchführung einer Fort- oder Weiterbildung eine Möglichkeit. Dieser Vorgang würde die weitere Sensibilisierung der Pflegenden für die Bedürfnisse der Patienten fördern. In

---

<sup>1</sup> Dieses Modell befindet sich im Anhang I.

<sup>2</sup> Evidence-based Nursing heisst beweisbasierte Pflege

dieser Fort- oder Weiterbildung könnten die Bedürfnisse vorgestellt werden, die in der Aufgabe der Pflege liegen.

Der sechste Schritt wäre die Evaluation der Wirkung dieser Fort- und Weiterbildung. Zu diesem Zweck könnten die Patienten nach einiger Zeit anhand von Fragebogen oder Interviews gefragt werden, ob von der Pflege auf ihre Bedürfnisse besser eingegangen wird. Falls die Implementierung nicht die gewünschte Wirkung erzielt, müsste wieder von vorne angefangen werden. (Behrens&Langer, 2004)

### **6.5. Anregungen zur Forschung**

Der aktuelle Stand der Literatur über ältere Menschen im Gefängnis ist sehr gering und die Untersuchung ihrer Bedürfnisse noch mehr. Es besteht ein klarer Forschungsbedarf auf diesem Gebiet und eine eindeutige Lücke ist zu melden. Besonders mangelt es an qualitativer Forschung. In Westeuropa konnten nur 4 Forschungsarbeiten in Grossbritannien, eine in Frankreich und eine in der Schweiz zum Thema gefunden werden. In den USA besteht etwas mehr Literatur, aber auch dort wurden nur 5 Artikel gefunden, wovon 4 von derselben Autorin (und weiteren Autoren) geführt wurden.

Condon et al. (2008) beschreiben in ihrer Einleitung, dass wenig über die spezifischen Gesundheitsförderungsbedürfnisse und Gesundheitsentscheidungen von Minoritäten im Gefängnis bekannt ist, weil wenig qualitative Forschung im Gefängnis durchgeführt wird, dafür vielmehr statistische Erhebungen und epidemiologische Studien, die die Erlebenswelt der Menschen nicht aufnehmen. Loeb & Steffensmeier (2011) thematisieren auch diesen Aspekt und erwähnen andere Autoren, die unterstützen dass die Erfahrungen von älteren Insassen mehr untersucht werden sollten.

Für die Pflege ist es von Bedeutung, dass weitere Forschung auf diesem Gebiet durchgeführt wird. Da sie einen grossen Teil der Gesundheitsfürsorge leistet, ist es wichtig, dass sie die Bedürfnisse ihrer Patienten kennt. Aus dem Blickwinkel der Pflege wurde diese Thematik kaum erforscht. Nur 5 der rezensierten Studien wurden durch Pflegenden durchgeführt. Die Pflege könnte dazu beitragen, dass in diesem Gebiet Studien hoher Qualität durchgeführt werden. Es besteht der Bedarf an mehr qualitativer Forschung in diesem Gebiet

und besonders in Europa sollte das Gebiet mehr erforscht werden. Es wäre ausserdem ein weiterer Schritt in Richtung der Gleichwertigkeit zwischen der Pflege in der Gemeinschaft und der Pflege im Gefängnis. Loeb et al. (2008) beschreiben, dass eine beträchtliche und wachsende Literatur sich bezüglich den Bedürfnisse von älteren Menschen in der Gemeinschaft entwickelt hat. Im Gegensatz dazu wurden die Bedürfnisse von älteren Menschen im Gefängnis bisher kaum erkundet.

## **7. Lernprozess**

Für die Autorin war die Erstellung der vorliegenden Arbeit eine erste Begegnung mit der Pflegeforschung. Diese Erfahrung brachte neue Kenntnisse zur untersuchten Thematik sowie im Umgang mit dem methodischen Vorgehen und dem Forschungsprozess.

### **7.1. Lernprozess zur Thematik**

Die Thematik der Pflege im Gefängnis entdeckte die Autorin zuerst durch Bekannte und Fachliteratur. Später kam die Autorin mit der Praxis in Kontakt, durch ein erstes Praktikum im Gefängnis und später ein zweites in der forensischen Psychiatrie. Die Entdeckung eines für sie zu Anfang unbekannten Feldes war ausschlaggebend und weckte ihre Neugier. Die Bearbeitung von Fachliteratur gab ihr neue Informationen und half ihr die Problematik einzugrenzen und ihren Blick auf eine bestimmte Bevölkerung zu richten. Das Thema der Gesundheitsförderung erweiterte sie auch anhand von Literatur und durch Unterrichtsinhalte, die während ihrer Ausbildung thematisiert wurden. Aus einer gesundheitsfördernden Perspektive lernte sie als erster Schritt von den Bedürfnissen der Population auszugehen. Diese Sichtweise erachtet sie als sehr wichtig für ihre professionelle Zukunft.

### **7.2. Lernprozess zum methodischen Vorgehen und Forschungsprozess**

Wie zuvor erwähnt bezweckt diese Arbeit eine Einführung in die Forschung. Den Aufbau und die Struktur einer wissenschaftlichen Studie hatte die Autorin durch regelmässigen Kontakt mit Forschungsarbeiten während der Ausbildung und in Praktika gut verstanden. Die kritische Beurteilung der Studien empfand sie zuallererst als schwierig; obwohl während der Ausbildung diverse Studien gelesen worden waren, wurde kritische Beurteilung wenig geübt; aus diesem Grund musste die Autorin sich erst mit den Beurteilungsbogen vertraut machen, was einen grossen Zeitaufwand bedeutete. Mit der Zeit und durch das Erwerben der verschiedenen später verwendeten Studien kam eine Art Routine in Gang. Mit der steigenden Anzahl der Studien stieg auch die Möglichkeit ihre Qualität aneinander abzuwägen. Die Autorin nahm einige Fachbücher zu Hilfe, wie Pflegeforschung kennenlernen von Hanna Mayer (2007) und Evidence-

Based Nursing von Johann Behrens und Gero Langer (2004) sowie Pflegeforschung von LoBiondo-Wood & Haber (2005). Diese wurden zum besseren Verständnis der Beurteilungsbogen verwendet und zum allgemeinen Forschungsprozess eingesetzt. Die Suche auf den verschiedenen Datenbanken verlief zu Anfang eher experimentell und wurde mit der Zeit zu einer geübten Angelegenheit. Das Erstellen von Kategorien anhand von verschiedenen Daten aus verschiedenen Forschungsdesigns stellte für die Autorin ebenfalls eine Herausforderung dar. Es erwies sich als schwierig die Ergebnisse und die Diskussion synthetisch und übersichtlich zu gestalten. Die Darstellung der Ergebnisse forderte Zeit und Kreativität.

## 8. Bibliographie

Abrahams, D., Pennington, A., Scott-Samuel, A., Doyle, C., Metcalfe, O. & Den Broeder, L. (2004). *European Policy Health Impact Assessment*.

Bögemann, H., Keppler, K. & Stöver, H. (2010). *Gesundheit im Gefängnis*. München: Juventa.

Baumeister, B. & Keller, S. (2011). *Alt werden im Straf- und Massnahmevollzug*. Dübendorf: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Behrens, J. & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing*. Bern: Hans Huber.

Bérard, J. (n.d.). *Dossier: Vieillir et mourir en prison (n°46)*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.oip.org/index.php/numero-46>, [Zugriff am 5. Oktober 2011]

Bertrand, D. & Niveau, G. (2006). *Médecine, Santé et Prison*. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène.

Bieskorn-Zinke, M. (2004). *Gesundheitsförderung in der Pflege* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Bundesamt für Statistik. (2011). *Kriminalität und Strafrecht. Panorama*. Neuchâtel: BFS.

Carlisle, D. (2006). So far, so bleak. *Nursing older people* , 18 (7), S. 20-23.

Condon, L., Hek, G. & Harris, F. (2008). Choosing health in prison: Prisoners' views on making healthy choices in English prisons. *Health Education Journal* , 67 (3), S. 155-166.

Dühning, A. & Habermann-Horstmeier, L. (2000). *Das Altenpflegelehrbuch* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Deaton, D., Aday, R. H. & Wahidin, A. (2009-2010). The effect of health and penal harm on aging female prisoners' views of dying in prison. *Omega* , 60 (1), S. 51-70.

Deckwerth, S. (2011). Endstation Gefängnis. *Berliner Zeitung*, Startseite.

Deutscher Berufsverband für Pflegende. (2005). *ICN-Ethikkodex für Pflegende*. Berlin: DBfK.

Duden. (2011). *Duden Online*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Beduerfnis#Bedeutung1>, [Zugriff am 17. September 2011]

Duffin, C. (2010). Doing time. *Nursing older people* , 22 (10), S. 14-18.

Enggist, S. & Werren, A. (2008). *Projektplanung Umsetzungsprojekt Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Europarat. (2006). *Freiheitsentzug. Die Empfehlung des Europarates. Europäische Strafvollzugsgrundsätze*. Bern: Godesberg.

Fazel, S., Hope, T., O'Donnell, I. & Jacoby, R. (2008). Unmet treatment needs of older prisoners: a primary care survey. *Age and Ageing* (33), S. 396-398.

Gatherer, A., Moller, L. & Hayton, P. (2005). The World Health Organisation European Health in Prison Project after 10 years: Persisten Barriers and Achievements. *American Journal of Public Health* , 95 (10), S. 1696-1700.

Goffman, E. (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Grimbert, I., Demichelis, F. & Benoit, A. (2007). *Etude des besoins des détenus âgés et/ou handicapés en Basse-Normandie*. Hérouville-Saint-Clair: Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie.

Halloran, E. J. (1996). Virginia Henderson and her timeless writings. *Journal of Advanced Nursing* , 23, S. 17-24.

Harris, F., Hek, G. & Condon, L. (2006). Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity. *Health and Social Care in the Community* , 15 (1), S. 56-66.

Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie* (6. Aufl.). München: Juventa.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung* (2. Aufl.). München: Elsevier.



- Loeb, S. J. & AbuDagga, A. (2006). Health-Related Research on Older Inmates: An Integrative Review. *Research in Nursing and Health* , 29, S. 556-565.
- Loeb, S. J., & Steffensmeier, D. (2011). Older Inmates' Pursuit of Good Health. *Research in Gerontological Nursing* , 4 (3), S. 185-194.
- Loeb, S. J., Steffensmeier, D., & Lawrence, F. (2008). Comparing incarcerated and community-dwelling older men's health. *Western Journal of Nursing Research* (30), S. 2.
- Loeb, S. J., Steffensmeier, D., & Myco, P. M. (2007). In their own words: Older Male Prisoners' Health Beliefs and Concerns for the Future. *Geriatric Nursing* , 28 (5), S. 319-329.
- Long, A. F., Godfrey, M., Randall, T., Brett, A., & Grant, M. (2002). *Evaluation tool for mixed methods studies*. Leeds: University of Leeds, Nuffield Institute for Health.
- Mandela, N. (1994). *Long Walk To Freedom*. Edinburgh: Abacus.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung kennenlernen* (4. Aufl.). Wien: Facultas.
- Parrish, A. (2003). Reaching behind bars. *Nursing older people* , 15 (3), S. 10-13.
- Polit, D. F., Tatano Beck, C. & Hungler, B. P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Hans Huber.
- Powell, J., Harris, F., Condon, L. & Kemple, T. (2010). Nursing care of prisoners: staff views and experiences. *Journal of Advanced Nursing* , 66 (6), S. 1257-1265.
- Radix. (n.d.). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. [Website]. Verfügbar unter: [www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user\\_upload/publikationen/Ottawa-Charta.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/publikationen/Ottawa-Charta.pdf), [Zugriff am 4. März 2011]
- Schaaf, J. (2006). Der Knast als Altersheim. *Frankfurter Allgemeine*, S. 49.
- Schmeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2011). *Brunner&Suddarth. Médecine et Chirurgie. Généralités*. Bruxelles: De Boeck.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2003). *Ethik in der Pflegepraxis*. Bern: SBK.

Schweizer Fernsehen. Schweiz Aktuell. (31.3.2006). *Immer mehr Senioren im Gefängnis* [Video]. Zürich: SF

United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). *Handbook on prisoners with special needs*. New York: United Nations.

UNODC. (1977). *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*. [Website]. Verfügbar unter: [http://www.unodc.org/pdf/criminal\\_justice/UN\\_Standard\\_Minimum\\_Rules\\_for\\_the\\_Treatment\\_of\\_Prisoners.pdf](http://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/UN_Standard_Minimum_Rules_for_the_Treatment_of_Prisoners.pdf), [Zugriff am 22.. Juni 2011]

Walmsley, R. (2011). *World Prison Population List*. London: International Center for Prison Studies.

Watson, R., Stimpson, A. & Hostick, T. (2003). Prison health care: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* , 41, S. 119-128.

Weiskopf, C. S. (2005). Nurses' experience of caring for inmate patients. *Journal of Advanced Nursing* , 49 (4), S. 336-343.

WHO. (1946). *Constitution of the World Health Organisation*. New York: WHO.

WHO. (2009). *Gesundheit von Frauen im Strafvollzug*. Copenhagen: WHO Europe.

WHO. (1998). *Glossar Gesundheitsförderung*. Genf: WHO.

WHO. (2007). *Health in Prisons. A WHO Guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO Europe.

WHO. (2011a). *Prisons and Health. Facts and Figures*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/facts-and-figures> [Zugriff am 1. Februar 2011]

WHO. (2011b). *Prisons and health. WHO Health in Prisons Project (HIPPP)*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/who-health-in-prisons-project-hipp> [Zugriff am 3. März 2011].

WHO. (2011c). *The determinants of health*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index.html#> [Zugriff am 21. 08. 2011]

## Anhang A : Suchvorgang

### Pubmed

Suchbegriffe	Limits	Anzahl Treffer	Einbezogene Studien
Needs Assessment [Mesh] AND Nursing [Mesh] AND Prisons [Mesh]	Abstract Last 10 years	8	
Needs Assessment [Mesh] AND Prisons [Mesh]		35	Deaton et al. 2009-2010 Watson et al. 2004
Needs Assessment [Mesh] AND Prisoners [Mesh]		70	Deaton et al. 2009-2010 Watson et al. 2004
Health Services Needs and Demand [Mesh] AND Nursing [Mesh] AND Prisoners [Mesh]		14	Loeb et al. 2007
Health Services Needs and Demand [Mesh] AND Prisons [Mesh]		60	Harris et al. 2007 Loeb & Abudagga 2006
Health Services Needs and Demand [Mesh] AND Prisoners [Mesh]		107	Grimbert et al. 2007 Loeb et al. 2007 Harris et al. 2007 Loeb & Abudagga 2006 Fazel et al. 2004

## Pubmed

Suchbegriffe	Limits	Anzahl Treffer	Einbezogene Studien
Physical health needs AND prisoners	Abstract Last 10 years Middle Aged + Aged: 45+ years, Aged: 65+ years 80 and over: 80+ years	15	Deaton et al. 2009-2010 Loeb & Abudagga 2006
Mental health needs AND prisoners		44	Deaton et al. 2009-2010 Loeb & Abudagga 2006
Social health needs AND prisoners		28	
Older Adults in prison		60	Loeb & Steffensmeier 2011 Loeb et al. 2007 Loeb & Abudagga 2006 Fazel et al. 2004

## CINAHL

Suchbegriffe	Limits	Anzahl Treffer	Einbezogene Studien
Needs Assessment [Mesh] AND Nursing [Mesh] AND Prisons [Mesh]	Abstract 2000-2010	3	
Needs Assessment [Mesh] AND Prisons [Mesh]		9	
Needs Assessment [Mesh] AND Prisoners [Mesh]		23	
Health Services Needs and Demand [Mesh] AND Nursing [Mesh] AND Prisoners [Mesh]		5	
Health Services Needs and Demand [Mesh] AND Prisons [Mesh]		17	Fazel et al. 2004
Health Services Needs and Demand [Mesh] AND Prisoners [Mesh]		46	Fazel et a. 2004

## CINAHL

Suchbegriffe	Limits	Anzahl Treffer	Einbezogene Studien
Physical health needs AND prisoners	2000-2010 Abstract Middle Aged: 45- 64 Aged: 65+ Aged: 80 and over	3	
Mental health needs AND prisoners		2	
Social health needs AND prisoners		0	
Older Adults in prison		51	Watson et al. 2004 Deaton et al. 2009-2010

## Medline

Suchbegriffe	Limits	Anzahl Treffer	Einbezogene Studien
Needs Assessment [Mesh] AND Nursing [Mesh] AND Prisons [Mesh]	2000-2011 Abstract	18	Watson et al. 2004
Needs Assessment [Mesh] AND Prisons [Mesh]		53	Deaton et al. 2009-2010 Watson et al. 2004
Needs Assessment [Mesh] AND Prisoners [Mesh]		91	Deaton et al. 2009-2010 Watson et al. 2004
Health Services Needs and Demand [Mesh] AND Nursing [Mesh] AND Prisoners [Mesh]		27	Grimbert et al. 2007 Loeb et al. 2007 Harris et al. 2007 Loeb & Abudagga 2006
Health Services Needs and Demand [Mesh] AND Prisons [Mesh]		77	Loeb et al. 2007 Harris et al. 2007 Loeb et Abudagga 2006 Fazel et al. 2004
Health Services Needs and Demand [Mesh] AND Prisoners [Mesh]		126	Grimbert et al. 2007 Loeb et al. 2007 Harris et al. 2007 Loeb et Abudagga Fazel et al. 2004

## Medline

Suchbegriffe	Limits	Anzahl Treffer	Einbezogene Studien
Physical health needs AND prisoners	2000-2011 Abstract Middle aged: 45+ All aged: 65+ Aged: 80+	0	
Mental health needs AND prisoners		5	
Social health needs AND prisoners		0	
Older Adults in prison		1	



### **Weitere einbezogene Studien :**

- **Loeb et al. (2008)** wurde anhand der bibliographischen Suche der schon einbezogenen Studien gefunden. Die Referenz wird in Loeb et al. (2007) angegeben.
- **Condon et al. (2008)** wurde während der Suche nach einem Artikel (Sim, J. (2002. The future of prison health care: a critical analysis. Critical Social Policy, 22(2): 300-323.) auf sagepub.com als Referenz genannt. Der Titel weckte das Interesse der Autorin und die Studie erwies sich als passend.
- **Baumeister & Keller (2011)**, eine Studie aus der Schweiz zum gesuchten Thema wurde während der Suche nach einem Zeitungsartikel über das Thema, dass die Autorin einige Wochen zuvor gefunden hatte, entdeckt. Die Autorin fand diese Studie auf Google mit dem Suchbegriff „Alt werden im Gefängnis“.

## Anhang B : Überblick über die einbezogenen Studien

Autoren/Jahr	Titel	Design
Baumeister, B. & Keller, S. (2011)	Alt werden im Straf- und Massnahmenvollzug	Mixed Design
Condon, L., Hek, G. & Harris, F. (2008).	Choosing health in prison : Prisoners' views on making health choices in English prisons.	Qualitativ
Deaton, D., Aday, RH & Wahidin, A. (2009-2010).	The effect of health and penal harm on aging female prisoners' views of dying in prison.	Mixed Design
Fazel, S., Hope, T., O'Donel, i. & Jacoby, R. (2004).	Unmet treatment needs of older prisoners : a primary care Survey	Quantitativ
Grimbert, I., Guittet, L., Demichelis, F. & Despres, P. (2007).	Etude des besoins des détenus agés et/ou handicapés en Basse-Normandie.	Mixed Design
Harris, F., Hek, G. & Condon, L. (2006).	Health needs of prisoners in England and Wales : the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity.	Literaturübersicht
Loeb, SJ, Steffensmeier, D & Lawrence, F. (2008).	Comparing incarcerated and community-dwelling older men's health.	Quantitativ
Loeb, SJ, Steffensmeier, D. & Myco PM (2007)	In their own words : Older Male Prisoners' Health Beliefs and Concerns for the Future.	Qualitativ
Loeb, SJ. & AbuDagga, A. (2006).	Health-Related Research on Older Inmates : An integrative review.	Literaturübersicht
Loeb, SJ. & Steffensmeier, D. (2011).	Older Inmates' Pursuit of Good Health.	Qualitativ
Watson, R., Stimpson, A. & Hostick, T. (2003).	Prison health care : a review of the literature.	Literaturübersicht

## Anhang C: Beurteilung der Literatur

### Beurteilung der quantitativen Studien

#### Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen

<b>Darstellung des Problems und des Ziels</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</li> <li>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</li> <li>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</li> <li>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</li> </ol>	
<b>Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</li> <li>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</li> <li>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</li> <li>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</li> <li>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</li> </ol>	
<b>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</li> <li>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</li> <li>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</li> <li>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</li> <li>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</li> <li>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</li> </ol>	

<b>Stichprobe</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</li> <li>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</li> <li>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</li> <li>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</li> <li>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</li> </ol>	
<b>Forschungsdesign</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</li> <li>2. Wie wird das Design begründet?</li> <li>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</li> </ol>	
<b>Interne Validität</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</li> <li>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</li> </ol>	
<b>Externe Validität</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?</li> </ol>	
<b>Methoden</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</li> <li>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</li> </ol>	
<b>Rechtlich-ethische Probleme</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</li> <li>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</li> </ol>	
<b>Instrumente</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Physiologische Messungen <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde?</li> <li>b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</li> </ol> </li> <li>2. Beobachtungsmethoden <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Wer führte die Beobachtungen durch?</li> <li>b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen?</li> <li>c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen?</li> <li>d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten?</li> <li>e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</li> </ol> </li> <li>3. Interviews <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen?</li> <li>b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</li> </ol> </li> </ol>	

	<p>4. Fragebögen</p> <p>a) Welchem Typ ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen</p> <p>a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht?</p> <p>b) Werden diese Daten zur Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	
<b>Reliabilität und Validität</b>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	
<b>Datenanalyse</b>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanz-niveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien?</p> <p>a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten.</p> <p>b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert.</p> <p>c) Im Text findet keine blosser Wiederholung der Tabellen statt.</p>	
<b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	

<b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</li> <li>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</li> <li>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</li> <li>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</li> <li>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</li> <li>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</li> <li>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</li> </ol>	
---	--	--

**Literatur:**

LoBiondo, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

<b>Fazel, S., Hope, T., O'Donel, i. &amp; Jacoby, R. (2004). Unmet treatment needs of older prisoners : a primary care Survey. <i>Age and Ageing</i>, 33, 396-398.</b>	
Darstellung des Problems und des Ziels <b>1/1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Das Ziel der Studie wird vorgestellt.</li> <li>2. Es wird keine Beziehung zwischen Variablen in der Problembeschreibung zum Ausdruck gebracht.</li> <li>3. Die Population wird in der Darstellung des Problems beschrieben. Es handelt sich um ältere Insassen.</li> <li>4. Diese Bevölkerung ist in der letzten Zeit gewachsen und ist doppelt benachteiligt.</li> </ol>
Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen <b>0/1</b>	Nicht vorhanden
Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n) <b>0.5/1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es werden weder Forschungsfragen noch Hypothesen in dem Bericht klar formuliert. Das Ziel lässt interpretieren, dass die Forscher die Hypothese machen, dass die Gefangenen Bedürfnisse haben auf die nicht eingegangen wird.</li> <li>2. Es werden keine Forschungsfragen gestellt.</li> <li>3. Es werden keine Variablen genannt.</li> <li>4. Da keine Hypothese aufgestellt wurde ist diese Frage nicht beantwortbar.</li> <li>5. eb.</li> <li>6. Das Ziel ist überprüfbar.</li> </ol>
Stichprobe <b>1/1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle Männer die 60 und älter waren in den Gefängnissen (die mindestens 10 ältere Insassen hatten) in einem Umfang von 100 Miles um Oxford wurden angesprochen.</li> <li>2. Gelegenheitsstichprobe: angemessen, weil diese Population nicht sehr gross ist. Wahrscheinlich der beste Weg all potentiellen Teilnehmer zu informieren.</li> <li>3. Die Charakteristiken der untersuchten Gruppe waren nicht signifikant unterschiedlich von denen der gesamten Bevölkerung der inhaftierten Männer über 60 in England und Wales bezüglich Haftdauer, Art des Delikts, Haftanstalt und ethnische Herkunft.</li> <li>4. Es ist eine recht grosse Stichprobe: 203 ältere Gefangene. Die Stichprobe repräsentiert 19% der älteren inhaftierten Männer in England und Wales.</li> <li>5. Auf ältere inhaftierte Männer, da die Charakteristiken ähnlich sind. Da die Stichprobe gelegentlich ist muss die Verallgemeinerung mit Vorsicht betrachtet werden.</li> </ol>
Forschungs-Design <b>0.75/1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nicht-experimentelles deskriptives Design</li> <li>2. Das Design wird nicht begründet.</li> <li>3. Das Design weist eine Abfolge von Problemdarstellung und Ziel auf.</li> </ol>
Interne	Nicht identifizierbar.

Validität <b>0/1</b>	
Externe Validität <b>0.75/1</b>	1. Die Verwendung von Gelegenheitsstichproben birgt Gefahren für die Verallgemeinerung.
Methoden <b>1/1</b>	1. Halbstrukturierte Interviews werden durchgeführt, sowie Dokumentenanalyse. 2. Es wird nicht gesagt dass die Datensammlung nicht gleich wäre.
Rechtlich-ethische Probleme <b>1/1</b>	1. Die Bewilligung für die Studie wurde von einer Ethikkommission erhalten. 2. Eine schriftliche Zustimmung wurde von den Teilnehmern eingeholt. Die Anonymisierung der Daten wird nicht beschrieben. Da es ein sehr kurzer Bericht ist wird davon ausgegangen, dass in der vollständigen Studie dieser Aspekt beschrieben wird und berücksichtigt wird das eine Bewilligung erhalten wurde.
Instrumente <b>1/1</b>	1. Physiologische Messungen wurden keine Durchgeführt 2. Beobachtungsmethoden wurden nicht angewendet. 3. Interviews Die Interviews wurden durch Spezialisten mit den Teilnehmern durchgeführt. Halbstrukturierte Interviews wurden zur Sammlung demographischer Daten durchgeführt und standardisierte halbstrukturierte Interviews zum Assessment von psychischen Erkrankungen. Daten bezüglich Gesundheitsprobleme wurden anhand eines Systems gesammelt. 4. Fragebögen werden nicht verwendet. 5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen Alle schriftlichen Einträge, die Gesundheitseinschätzung beim Eintritt und die Briefe die in den Akten waren wurden gelesen um Information zu Sammeln. Information zur gegenwärtigen Medikation wurde von dem aktuellen Medikamentenblatt gesammelt. Behandlungsbedürfnisse wurden durch Vergleich der verabreichten Medikation mit den dokumentierten Gesundheitsproblemen eingeschätzt.
Reliabilität und Validität <b>0/1</b>	Werden nicht besprochen.
Datenanalyse <b>0.75/1</b>	1. Das Messniveau ist nicht identifizierbar. 2. Es werden nur deskriptive statistische Methoden, bzw. Häufigkeitsverteilungen angewendet und ein Mittelwert erwähnt (Alter) 3. Diese entsprechen jedem Messniveau. Der Mittelwert darf ab Intervallskalen angewendet werden (alter = Verhältnisskala) 4. Es wurde keine Hypothese formuliert. Die implizierte Hypothese war, dass die Bedürfnisse von älteren Insassen nicht gedeckt sind. Für diesen Zweck ist eine Häufigkeitsverteilung angemessen.



	<p>5. Der Autor gibt das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau nicht an.</p> <p>6. Die Tabellen zur grafischen Darstellung sind eine Ergänzung des Texts, keine bloße Wiederholung und bieten einen guten Überblick. Die Titel und Überschriften sind präzise formuliert.</p>
<p>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen <b>1/1</b></p>	<p>1. Es wurde keine Hypothese formuliert und deswegen keine bestätigt oder nicht.</p> <p>2. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund überprüft.</p> <p>3. Mögliche Grenzen werden diskutiert: Diese Studie war nicht in der Lage den völligen Ausmass der unbedeckten Behandlungsbedürfnisse zu decken, da sie Krankheit von der medizinischen Akte her einschätzte, welche wahrscheinlich Krankheit unterschätzt.</p> <p>Ein weiterer Aspekt ist dass diese Studie die Behandlung nur aus Perspektive der Medikation betrachtete.</p> <p>4. Diese Studie bietet Information über einen möglicherweise wichtigen Aspekt der Behandlung von älteren Insassen. Eine Intervention die einfach implementiert werden kann.</p> <p>5. Es werden keine Verallgemeinerungen gemacht. Die Stichprobe ist repräsentativ für die älteren männlichen Insassen in England und Wales. Die vorgeschlagenen Interventionen werden für diese Bevölkerung allgemein gemacht.</p> <p>6. Keine Verallgemeinerungen.</p> <p>7. Weitere Forschung könnte die Wirksamkeit von möglichen Interventionen die dieses Problem angehen untersuchen.</p>
<p>Anwendung und Verwertung in der Praxis <b>1/1</b></p>	<p>1. Ja obwohl die Studie nicht den ganzen Ausmass der Behandlungsbedürfnisse erfassen konnte bietet sie Erkenntnisse über die Situation und Möglichkeiten der Anwendung.</p> <p>2. Den Forschern ist nicht bekannt, dass andere Studien durchgeführt wurden, die, die Behandlungsbedürfnisse von älteren Insassen bezüglich Medikation untersuchten.</p> <p>3. Ein Vorteil wäre, dass durch Umsetzung der vorgeschlagenen Interventionen anhand von nationalen Standards, die Gleichwertigkeit zwischen der vorhandenen Gesundheitsfürsorge in der Gemeinschaft und der in der Praxis näher erreicht werden könnte.</p> <p>4. Einfach Reformen sowie aufwendigere werden empfohlen.</p> <p>5. Wird nicht beschrieben.</p> <p>6. Die Ergebnisse sollten benutzt werden um der Gleichwertigkeit zwischen Angebot im Gefängnis und in der Gemeinschaft näher zu kommen.</p> <p>7. Dieser Aspekt wird nicht beschrieben.</p>
Note und Bewertung	
9.75 = 4.2	Genügend

Es ist zu beachten, dass das Dokument das benutzt wurde zur Beurteilung dieser Studie der Bericht der Studie war und die Punkte die nicht beantwortet werden konnten wahrscheinlich in der ganzen Arbeit beschrieben sind. Die

Autorin konnte die ganze Studie nicht erwerben. Die Autoren wurden kontaktiert, vielleicht war die Adresse nicht mehr aktuell, jedenfalls erhielt sie keine Antwort.

<b>Loeb, SJ, Steffensmeier, D. &amp; Lawrence, F. (2008). Comparing Incarcerated and community-dwelling older men's health. <i>Western Journal of Nursing Research</i>, 30 (2), 234-249.</b>	
Darstellung des Problems und des Ziels <b>0.75/1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Das Ziel lautet „Die Selbstwirksamkeit für Gesundheitsmanagement von älteren Männern im Gefängnis und in der Gemeinschaft vergleichen.“</li> <li>2. In der Darstellung des Problems wird noch keine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht.</li> <li>3. Es handelt sich um Männer im Gefängnis und Männer in der Gemeinschaft die über 50 sind. Weitere Angaben zur älteren Gefängnisbevölkerung werden anhand einer Anzahl von Literatur gegeben.</li> <li>4. Das Problem ist von Bedeutung denn der Gesundheitszustand und die Bedürfnisse von älteren Menschen in der Gemeinschaft wurden reichlich untersucht, aber nicht im Gefängnis.</li> </ol>
Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen <b>0.75/1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandura's sozial kognitive Theorie wird beschrieben.</li> <li>2. Die Variablen werden noch nicht als solche genannt. Es wird ein Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Bandura's Theorie aufgezeigt.</li> <li>3. Wenig empirisch abgeleitetes Wissen steht bezüglich Gesundheit, Wohlbefinden und Bedürfnisse von älteren Menschen zur Verfügung. Diese Studie geht Lücken in der Forschung auf zwei Arten an: Erstens wird Bandura's Theorie als konzeptueller Rahmen gebraucht, zweitens werden ältere Insassen und Männer in der Gemeinschaft bezüglich Selbstwirksamkeitsvorstellungen, gesundheitsfördernde Verhalten und Gesundheitszustand verglichen.</li> <li>4. Es wird bei den Literaturhinweisen von Forscher und Richtlinienersteller gesprochen. Die Forscher wurden zum Teil für primäre Literatur sprechen und die Ersteller von Richtlinien für sekundäre Literatur.</li> <li>5. Operationale Definitionen der Variablen werden beschrieben. Für eine Variable wird die konzeptuelle Definition genannt (Self-Efficacy), die operationale Definition dieser gibt die konzeptuelle Definition weiter. Die konzeptuellen Definitionen der anderen Variablen werden nicht beschrieben.</li> </ol>
Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n) <b>1/1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eine leitende Hypothese wird genannt, sie ist angemessen formuliert, denn die Variablen sind ersichtlich, die zu untersuchende Population ebenfalls, sowie das vorausgesagte Ergebnis. Diese wird später unterteilt um die Beziehungen der einzelnen unabhängigen Variablen mit der abhängigen Variable zu untersuchen.</li> <li>2. Es werden keine Forschungsfragen genannt.</li> <li>3. Die unabhängigen Variablen sind die Selbstwirksamkeit,</li> </ol>

	<p>die gesundheitsfördernden Verhalten, die Teilnahme an Gesundheitsprogramme und die Selbsteinschätzung des Gesundheitsstatus. Die abhängige Variable ist das inhaftiert sein oder nicht.</p> <p>4. Die aufgestellte Hypothese ist eine wissenschaftliche Hypothese, denn sie formuliert, dass es einen Unterschied zwischen zwei Gruppen gibt (und nicht dass es keine Unterschied gibt = Nullhypothese)</p> <p>5. Die Richtung der Beziehung ist <i>weniger als</i>. (nicht benannt)</p> <p>6. Die Hypothesen sind überprüfbar, weil die Variablen beobachtet, gemessen und analysiert werden können.</p>
<p>Stichprobe <b>0.75/1</b></p>	<p>1. Alle potentiellen Teilnehmer in einem Gefängnis wurden kontaktiert, informiert und gefragt ob sie teilnehmen möchten. Werbung wurde in drei Senioren Zentren verteilt und Interessierte meldeten sich.</p> <p>2. Eine Gelegenheitsstichprobe wurde zusammengestellt.</p> <p>3. Es wird nicht beschrieben ob die Stichprobe repräsentativ ist. Die Repräsentativität ist bei Gelegenheitsstichproben fragwürdig, denn in vielen Fällen bestimmen die Teilnehmer selbst über die Teilnahme (hier die in der Gemeinschaft lebenden)</p> <p>4. Die Stichprobe besteht aus 51 Gefangene und 33 ältere Männer in der Gemeinschaft. Die Grösse wird nicht begründet.</p> <p>5. Die Grenzen der Verallgemeinerung liegen schon bei der Stichprobenbildung, die Gelegenheitsstichprobe, weil das Verfälschungsrisiko grösser als bei jeder andern Strategie ist und die Teilnehmer oft selbst gewählt haben teilzunehmen.</p>
<p>Forschungs- Design <b>0.75/1</b></p>	<p>1. Das Design der Studie wird als deskriptiv komparative beschrieben, also ein Nicht-experimentelles Forschungsdesign.</p> <p>2. Das Design wird nicht begründet.</p> <p>3. Das Design weist eine logische Abfolge auf.</p>
<p>Interne Validität <b>0.5/1</b></p>	<p>1. Gebrauch eines einzigen Messelements für Selbstwirksamkeit -Die nicht zufällige Auswahl der Teilnehmer (was zu Teilnehmern führen konnte die sein Vertrauen in seine Selbstwirksamkeit bezüglich Gesundheit äussern wollte) – die kleine Stichprobe – minimal Sicherheit Gefängnis</p> <p>2. Keine geeigneten Kontrollen werden genannt.</p>
<p>Externe Validität <b>0.75/1</b></p>	<p>1. Die Verallgemeinerung muss mit Skepsis betrachten, weil die Stichprobe gelegentlich gesammelt wurde.</p>
<p>Methoden <b>1/1</b></p>	<p>1. Die Daten werden anhand eines Interviews basierend auf einem strukturierten Fragebogen gesammelt. Die Antworten wurden sofort auf ein Maschinenlesbares Fragebogen transkribiert.</p> <p>2. Die Methode der Datensammlung erfolgt auf identischer Weise für beide Gruppen, ausser dass die Gefangenen sich</p>

	im No-Contact Raum befinden und die aus der Gemeinschaft sich in einem privaten Raum mit den Forschern trafen.
Rechtlich-ethische Probleme <b>1/1</b>	<p>1. Die Bewilligung für die Durchführung der Studie wurde von einer Ethikkommission erhalten. Besondere Richtlinien zur Durchführung von Forschung im Gefängnis wurden gefolgt. Die Teilnehmer (Gefangene und Männer aus der Gesellschaft) wurden mündlich und schriftlich über die Studie informiert.</p> <p>2. Eine Formular zur informierten Zustimmung wurde jedem potentiellen Teilnehmer gegeben und vorgelesen. Die Insassen wurden informiert dass weder Teilnahme noch Nicht-Teilnahme einen Einfluss auf zukünftige rechtliche Entscheidungen haben würde. Keiner lehnte ab. Die Anonymisierung der Daten wird nicht beschrieben, jedoch wird davon ausgegangen das sie geplant war, da eine ethische Bewilligung für die Durchführung der Studie erhalten wurde.</p>
Instrumente <b>0.75/1</b>	<p>1. Physiologische Messungen werden keine durchgeführt.</p> <p>2. Beobachtungsmethoden werden keine durchgeführt.</p> <p>3. Interviews Die Interviews werden anhand der Fragebogen geführt, also strukturiert. Die Interviewer werden nicht beschrieben.</p> <p>4. Fragebögen Es handelt sich zum Teil um ein Fragebogen des Typs Likertskala und ja-nein Fragen.</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen Nicht bewertbar.</p>
Reliabilität und Validität <b>0.5/1</b>	<p>1. Die Reliabilität der Instrumente wird anhand des Cronbach Alphas gemessen.</p> <p>2. Die angegebene Reliabilität für jedes Instrument ist (OMHPSI: 0.78, HPAOAM: 0.87 - 0.93 (0.86 für das geänderte Instrument für die Insassen). Der Grad der Reliabilität ist akzeptabel.</p> <p>3. Die Validität wird nicht beschrieben.</p> <p>4. eb.</p>
Datenanalyse <b>0.75/1</b>	<p>1. Das gewählte Messniveau ein Teil der Variablen ist das Ordinale (relative Rangfolge). Weitere Daten werden in Zahlen gesammelt, die Anzahl der positiven Antworten wird gesammelt. Es gibt eine Rangfolge von Werten mit selben Abstand und einem absoluten Nullpunkt, was für die Verhältnisskala sprechen würde,</p> <p>2. Deskriptive Statistik wird angewendet, bzw. Häufigkeitsverteilungen. Mittelwerte werden angegeben und schliessende statistische Methode (Inferenzstatistik: t-Test).</p> <p>3. Die Häufigkeitsverteilungen entsprechen jedem Messniveau. Die Mittelwerte werden bei den Daten der Verhältnisskala angewendet, was ebenfalls angemessen ist. Bei der Inferenzstatistik wird der T-test bei Rangskalen angewendet (häufig-nie, sehr zuversichtlich-gar nicht zuversichtliche) welche eine Anwendung des t-Tests nicht</p>

	<p>genügen. Die Ergebnisse einer weiteren Rangskala werden zusammengerechnet und in eine Rangfolge von Werten mit selbem Abstand umgewandelt, was die Anwendung des t-Tests erlauben könnte. (t-Test ab Intervallskala)</p> <p>4. Keine schliessende Statistik sollte angewendet werden, da das Messniveau nicht hoch genug ist. Die Verwendung von deskriptiver Statistik (Häufigkeitsverteilung) entspricht der Hypothese die weniger als untersucht.</p> <p>5. Das Signifikanzniveau für die Studie wird nicht angegeben.</p> <p>6. Die Tabellen zur grafische Darstellungen sind eine Ergänzung zum Text und keine blossen Wiederholungen, die Titel und Überschriften sind sinnvoll formuliert.</p>
<p>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen <b>1/1</b></p>	<p>1. Die führende Hypothese wurde in verschiedenen Hypothesen erstellt, von denen ein Teil bestätigt wurde.</p> <p>2. Die Ergebnisse werden vor dem zuvor beschriebenen Hintergrund (Problembeschreibung, Hypothese, theoretischer Bezugsrahmen,...) interpretiert.</p> <p>3. Mögliche Grenzen bezogen auf die Methode der Datensammlung und die Stichprobe der Insassen werden diskutiert.</p> <p>4. Die Forscher beschreiben, dass ihre Studie zwei wichtige Beiträge zur Forschung bringt. Erstens verschafft sie einen theoretischen Rahmen um die Gesundheit von älteren Insassen zu untersuchen. Zweitens bietet sie einen Vergleich zwischen älteren Männern im Gefängnis und in der Gemeinschaft.</p> <p>5. Wenn die Gefangenen die Möglichkeit erhalten, haben sie was Bandura die kognitiven und persönlichen Faktoren nennt, um gesundheitsförderliche Verhalten anzuwenden. Wenn sie entlassen werden, könnten die Antworten der Insassen denen der Gemeinschaft ähnlicher sein. Ältere Insassen scheinen weniger gut vorbereitet zu sein um Gesundheitsinformation in ihren Alltag zu integrieren.</p> <p>6. Die Verallgemeinerungen werden durch die Resultate angedeutet.</p> <p>7. Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten, wie Interventionsstudien, Studien mit anderen Instrumenten, Studien mit Gefängnisbeamte als Teilnehmer werden gegeben</p>
<p>Anwendung und Verwertung in der Praxis <b>0.5/1</b></p>	<p>1. Diese Studie bietet einen wichtigen Beitrag zur Forschung (Punkt 4 Schlussfolgerungen), Schwächen der Stichprobe und Datensammlung werden thematisiert.</p> <p>2. Es gibt Studien die, die Ergebnisse bestätigen oder die von dieser Studie bestätigt werden. Sie werden genannt.</p> <p>3. Risiken und Vorteile für die Patienten werden nicht besprochen. Die vorgeschlagenen Empfehlungen für die Praxis bieten Vorteile an welche den Insassen besseren Zugang zu Gesundheitsfördernde Verhalten bieten sollte.</p> <p>4. Die Empfehlungen sprechen das System der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis an und verlangen</p>

	tiefgehende Veränderungen. 5. Wird nicht beschrieben. 6. Die Ergebnisse sollten genutzt werden, es werden Empfehlungen gemacht. 7. Wird nicht beschrieben.
<b>Note und Bewertung</b>	
<b>10.75 = 4.60</b>	Befriedigend

# Beurteilung der qualitativen Studien

## Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

### Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? Wie erfolgte die Auswahl?

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? Auch die Perspektive des Forschers?

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? Methode der Datensammlung?

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wenn nein: warum nicht?

### Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

### Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/cbu/>

V 1.2

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004): *Evidence-based Nursing*. Hans Huber: Bern.



<p><b>Condon, L., Hek, G. &amp; Harris, F. (2008). Choosing health in prison : Prisoners' views on making health choices in English prisons. <i>Health Education Journal</i>, 67(3), 155-166.</b></p>	
<p align="center"><b>Glaubwürdigkeit</b></p>	
<p>Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? <b>0.75/1</b></p>	<p>Es wurde keine Forschungsfrage formuliert. Ein Ziel wurde formuliert: die Sicht der Gefangenen untersuchen über gesunde Entscheidungen treffen.</p>
<p>Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? <b>0.75/1</b></p>	<p>Die Auswahl des Designs wird nicht begründet. Die Gefangenen wurden individuell durch zwei Forscher interviewt. Die Sicht der Gefangenen wird untersucht also scheint es eine phänomenologische Perspektive zu sein.</p>
<p>Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? <b>1/1</b></p>	<p>Eine Literaturrecherche wird nicht als solche genannt. Es wird aber eine durchgeführt in der Einführung wird der Kontext anhand von Forschungsarbeiten beschrieben.</p>
<p>Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? <b>0.75/1</b></p>	<p>Es werden Gefangene allgemein einbezogen (Frauen, junge, ältere,...), aus verschiedenen Gefängnissen. Von der Liste derer, die sich freiwillig gemeldet hatten, wurden die Teilnehmer zufallsmässig gewählt. Die freiwillige Teilnahme birgt das Risiko, dass nur an dem Thema interessierte sich melden. Im Ziel ist nicht klar wer untersucht werden soll, ob alle Gruppen oder eine oder die die wollen.</p>
<p>Wurden die Teilnehmer, ihre Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? <b>0.5/1</b></p>	<p>Das Alter, das Geschlecht und die ethnische Herkunft der Teilnehmer werden in einer Tabelle dargestellt, sowie die Kategorie des Gefängnisses. Sie werden nicht genügend beschrieben. Die Forscher werden nicht beschrieben.</p>
<p>Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? <b>1/1</b></p>	<p>Die Datensammlung wird detailliert beschrieben, der Vorgang ist klar und ein Beispiel des Topic Guide (Themenplan) wird vorgestellt.</p>
<p>Wie erfolgte die Analyse der Daten?</p>	<p>Es wird beschrieben welche Software zur Hilfe genommen wurde und welches Thema hervorragte.</p>

<b>0.75/1</b>	Die verschiedenen Etappen der Analyse werden aufgezählt. Die verwendeten Kategorien wurden einem genannten Dokument entnommen. Die Datenanalyse wird nicht ausführlich beschrieben.
Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? <b>0/1</b>	Es wird nicht beschrieben, dass die Datensammlung bis zur Sättigung erfolgte. Es wird nicht beschrieben, dass mehr als ein Interview mit jedem Teilnehmer geführt wurde. Die Dauer der Interviews wird nicht beschrieben. Die Zeitspanne für die Studie war September-November 2005. Die Darstellung ermöglicht nicht diese Frage einzuschätzen.
<b>Aussagekraft</b>	
Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? <b>0.5/1</b>	Es fehlen Teile des Prozesses. Wie die Forscher für die Analyse der Daten vorgegangen sind wird nicht ausgeführt. Zitate von Insassen werden dem Text zugefügt und illustrieren die Kategorien.
Wurden die Ergebnisse bestätigt? <b>0.5/1</b>	Es wird nicht beschrieben ob ein Konsens im Forscherteam erreicht wurde und eine Validierung durch die Teilnehmer wird auch nicht beschrieben. Die Ergebnisse bekräftigen frühere Resultate.
<b>Anwendbarkeit</b>	
Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? <b>1/1</b>	Die Ergebnisse helfen zu verstehen welche Schwierigkeiten Insassen bei Entscheidungen bezüglich Gesundheit antreffen.
Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? <b>0.5/1</b>	Eine Empfehlung für weitere Entwicklung von besonderen Interventionen wird gemacht. Es werden keine konkreten Möglichkeiten der Anwendung vorgeschlagen.
<b>Note und Bewertung</b>	
<b>8/12 Punkte = 4</b>	Genügend
<b>Bemerkung:</b> Eine Bewilligung von einer Ethikkommission wurde erhalten, die schriftliche Zustimmung der Teilnehmer wurde eingeholt. Identifizierung-Codes wurden den Teilnehmern zugeteilt. Der weitere Anonymisierungsprozess wird nicht beschrieben.	

<b>Loeb, S.J. &amp; Steffensmeier, D. (2011). Older Inmates' Pursuit of Good Health. <i>Research in Gerontological Nursing</i>, 4 (3), 185-194.</b>	
<b>Glaubwürdigkeit</b>	
Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? <b>0.75/1</b>	Es wird keine Forschungsfrage formuliert. Ein Ziel wird beschrieben: Den älteren Insassen durch Fokusgruppen Diskussionen das Wort geben um Barrieren die ihr Streben nach Gesundheit herausfordern und Selbstpflegestrategien die sie anwenden um mit ihrer Gesundheit im Gefängnis klarzukommen zu identifizieren.
Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? <b>1/1</b>	Eine Fokusgruppen Methodologie wird gewählt und diese Wahl begründet.
Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? <b>1/1</b>	Eine Literaturrecherche wird durchgeführt um den Kontext zu beschreiben.
Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? <b>1/1</b>	Eine gezielte Stichprobe wurde zusammengestellt. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden beschrieben. Diese Sind nachvollziehbar.
Wurden die Teilnehmer, ihre Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? <b>0.75/1</b>	Die ethnische Herkunft, der Zivilstand sowie der Ausbildungsgrad, das durchschnittliche Alter sowie die Dauer der schon durchgezogenen Haft werden beschrieben. Eine Tabelle detailliert diese Informationen. Das Umfeld und die Forscher werden nicht beschrieben.
Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? <b>1/1</b>	Die Datensammlung wird ausführliche und nachvollziehbar beschrieben. Die Rolle der Forscher wird ebenfalls beschrieben.
Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Die Daten wurden als Team anhand von Inhaltsanalyse analysiert. Der Hauptforscher und die

1/1	trainierten Assistenten trafen sich regelmässig. Einige Etappen wurden einzeln durchgeführt und später zusammen verglichen. Die ganze Analyse ist detailliert beschrieben.
Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? 1/1	Die Fokusgruppen Sitzungen dauerten ungefähr 90 Minuten und wurden wiederholt bis weitere Sitzungen kein zusätzliches Verständnis oder neue Informationen brachten.
<b>Aussagekraft</b>	
Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? 1/1	Der Forschungsprozess ist detailliert beschrieben und führt zu nachvollziehbaren Ergebnissen. Die Ergebnisse sind detailliert, mit Zitaten und einer Tabelle ergänzt.
Wurden die Ergebnisse bestätigt? 1/1	Die Forscher erreichten ein Konsens bezüglich der Kategorien. Die Ergebnisse wurden den Teilnehmern mitgeteilt.
<b>Anwendbarkeit</b>	
Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? 1/1	Die Ergebnisse sind klar, deutlich und aussagekräftig und erlauben, mir ein klares Bild der Grenzen zu Gesundheitsverhalten sowie der eingesetzten Strategien zu verschaffen.
Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? 1/1	Die Grenzen der Übertragbarkeit werden thematisiert. Empfehlungen für weitere Forschung werden vorgeschlagen.  Einige Konkrete Empfehlungen für die Praxis werden auch vorgeschlagen.
<b>Note und Bewertung</b>	
11.5/12 Punkte = 5.75	Sehr gut !!
<b>Bemerkung:</b> Eine Bewilligung von einer Ethikkommission wurde erhalten, die schriftliche informierte Zustimmung der Teilnehmer wurde eingeholt. Die Anonymisierung der Daten wird nicht beschrieben jedoch wird davon ausgegangen dass sie durchgeführt wurden, da eine Bewilligung für die Durchführung erhalten wurde.	

<p><b>Loeb, SJ, Steffensmeier, D. &amp; Myco PM (2007). In their own words : Older Male Prisoners' Health Beliefs and Concerns for the Future. <i>Geriatric Nursing</i>, 28 (5), 319-329.</b></p>	
<p align="center"><b>Glaubwürdigkeit</b></p>	
<p>Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?</p> <p><b>0.75/1</b></p>	<p>Es wird keine Forschungsfrage formuliert. Das Ziel der Untersuchung wird definiert. Das Forschungsthema wird in seinem Umfeld diskutiert.</p>
<p>Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?</p> <p><b>0.75/1</b></p>	<p>Qualitative Daten werden anhand von offenen Fragen gesammelt. Das gewählte Design wird nicht genannt (ob Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie) und nicht begründet.</p> <p>Der Vorgang spricht für ein phänomenologisches Design, denn das Ziel war die Gesundheitsvorstellungen und Sorgen älterer männlicher Insassen und die Gesundheits Herausforderungen in Anbacht des Austritts zu untersuchen.</p>
<p>Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?</p> <p><b>1/1</b></p>	<p>Eine Literaturrecherche wird in der Beschreibung des Hintergrunds durchgeführt. Eine Literaturrecherche wurde vor der Erstellung der offenen Fragen, die später gestellt wurden, durchgeführt.</p>
<p>Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?</p> <p><b>0.75/1</b></p>	<p>Es wurde eine nicht-Zufallsprobe erstellt. Eine Liste aller Insassen ohne Lebens- oder Todesstrafe die 50 oder älter waren, die englisch sprachen und verstanden wurde erhalten. Mit denen die verfügbar waren wurde Kontakt aufgenommen. Sie wurden informiert und gefragt ob sie teilnehmen möchten.</p> <p>Da keine Forschungsfrage genannt wurde ist es schwierig zu beurteilen ob die Auswahl passend war. Das Vorgehen der Teilnehmersammlung spricht für ein phänomenologisches Verfahren (wie die Studie). Die Auswahl wird nicht begründet. In der Diskussion wird die Stichprobe als repräsentativ für die ältere Gefängnisbevölkerung beschrieben.</p>
<p>Wurden die Teilnehmer, ihre Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?</p>	<p>Demographische Charakteristiken der Teilnehmer werden beschrieben. Das Umfeld wird nur genannt und nicht beschrieben. Die Forscher werden nicht beschrieben, ihr Titel und Ausbildung werden am Ende der Studie genannt.</p>

<b>0.5/1</b>	
<p>Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?</p> <p><b>1/1</b></p>	<p>Die Datensammlung wurde detailliert beschrieben. Die gestellten Fragen werden vorgestellt und wie die Forscher diese Fragen erstellten. Die interne Validität wurde von einem Expertenkomitee festgestellt. Der Vorgang im Interview mit den Insassen wird beschrieben.</p>
<p>Wie erfolgte die Analyse der Daten?</p> <p><b>1/1</b></p>	<p>Die Analyse der Daten erfolgte anhand von Inhaltsanalyse, weil das Ziel war eine Typologie von Antworten für bestimmte Kategorie herzustellen. Der Vorgang wird detailliert beschrieben, auch der Vorgang im Team.</p>
<p>Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?</p> <p><b>0.5/1</b></p>	<p>Es wird nicht gesagt ob die Datensammlung bis zur Sättigung erfolgte. Die Antworten wurden mit den Teilnehmern während der Datensammlung überprüft, was für Daten spricht die, die Erfahrungen der Teilnehmer repräsentieren spricht.</p>
<b>Aussagekraft</b>	
<p>Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?</p> <p><b>1/1</b></p>	<p>Die Ergebnisse sind anhand von Kategorien dargestellt und werden anhand von Zitaten illustriert sowie zusammenfassenden Tabellen beschrieben.</p>
<p>Wurden die Ergebnisse bestätigt?</p> <p><b>0.75/1</b></p>	<p>Nachdem die Kategorien völlig entwickelt worden waren verglichen die Teammitglieder diese nochmals mit den gesammelten Daten. Die Ergebnisse wurden nicht durch die Teilnehmer validiert, dafür wurden früher ihre Antworten durch die Teilnehmer validiert.</p>
<b>Anwendbarkeit</b>	
<p>Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?</p> <p><b>1/1</b></p>	<p>Der Prozess der Datensammlung und Auswertung, sowie die Darstellung der Ergebnisse sind nachvollziehbar. Die vorgestellten Zitate illustrieren die Erfahrungen der Teilnehmer auf einer lebhaften Weise. Sie helfen die Bedürfnisse der untersuchten Personen besser zu verstehen.</p>
<p>Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?</p> <p><b>1/1</b></p>	<p>Interventionen die von besonderer Bedeutung scheinen für die Pflege im Umgang mit älteren inhaftieren Menschen werden beschrieben.</p> <p>Der Bedarf für weitere Forschung wird ebenfalls</p>

	gemeldet.
<b>Note und Bewertung</b>	
<b>11 = 5.5</b>	Sehr gut.
<b>Bemerkung:</b> Eine Bewilligung von einer Ethikkommission wurde erhalten, die schriftliche informierte Zustimmung der Teilnehmer wurde eingeholt und die Daten wurden anonymisiert.	

# Beurteilung der Literaturübersichten

## Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

### Glaubwürdigkeit

- |   |   |
|---|---|
| 1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?   | <i>Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i>                                  |
| <hr/>   |   |
| 2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?                    | <i>Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?</i>   |
| <hr/>   |   |
| 3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?                        | <i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten?</i>                          |
| <hr/>   |   |
| 4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? | <i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i>                                      |
| <hr/>   |   |
| 5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?                             | <i>Quellen angegeben?</i>   |
| <hr/>   |   |
| 6. Stimmt die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?                               | <i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung (<math>\kappa</math>)?</i>                              |
| <hr/>   |   |
| 7. Waren die Studien ähnlich?   | <i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest (<math>\chi^2</math>)?</i> |

### Aussagekraft

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 8. Was sind die Ergebnisse?         | <i>Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?</i> |
| <hr/>                               |  |
| 9. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?</i>             |

### Anwendbarkeit

- |   |   |
|---|---|
| 10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?  | <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> |
| <hr/>   |   |
| 11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>            |
| <hr/>   |   |
| 12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? | <i>Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?</i> |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medicin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/ebn/>

V 1.2

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004): *Evidence-based Nursing*. Hans Huber: Bern.



<b>Harris, F., Hek, G. &amp; Condon, L. (2006). Health needs of prisoners in England and Wales : the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity. <i>Health and Social Care in the Community</i> 15 (1), 56-66.</b>	
<b>Glaubwürdigkeit</b>	
Wurde eine präzise Fragestellung untersucht? <b>0.5/1</b>	Es wurde keine Fragestellung genannt. Ein Ziel wird beschrieben: Evidenz über die Gesundheitsbedürfnisse von Gefangenen in Bezug auf Geschlecht, Alter und ethnische Herkunft bereitstellen.
Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen? <b>1/1</b>	Die Ein- und Ausschlusskriterien werden präsentiert. Sie sind nachvollziehbar und ermöglichen die Auswahl der Studien einzugrenzen und zu fokussieren.  Nicht Forschungsarbeiten, wie Richtlinien wurden ebenfalls einbezogen.
Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden? <b>1/1</b>	Ja, denn über 8 Monate wurde die Literatur systematisch rezensiert anhand von zwei unterschiedlichen aber zusammenhängenden Methoden. Eine opportunistische Suche von Webseiten und Hauptquellen liefert staatliche und nicht-staatliche Berichte und Dokumente vor der Hauptsuche von Datenbanken: 17 Datenbanken wurden gesucht.
Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? <b>1/1</b>	Die Glaubwürdigkeit der Studien und der nicht-Forschungsliteratur wurden anhand von Validierten Instrumenten beurteilt.
Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar? <b>0.75/1</b>	Die Beurteilungsbogen werden vorgestellt. Die Qualität der verschiedenen Dokumente wird nicht vorgestellt.
Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? <b>1/1</b>	Zwei Forscher beurteilten die Studien und der dritte Forscher betrachtete nochmals ein Sample aller bewerteten Dokumente um Beständigkeit zu gewährleisten.
Waren die Studien ähnlich?	Es wurde wenige qualitative und quantitative Forschungen gefunden. Ein grosser Teil waren

<b>0.5/1</b>	<p>staatliche- und Gefängnisdienstleistungsberichte und Richtlinien und eine grosse Anzahl waren diskursive Beiträge und Stellungnahmen.</p> <p>Das Material war vom Design her unterschiedlich, die Population betraf spezifisch Frauen, Junge Gefangen, alte Gefangen und Gefangen aus ethnischen Minoritäten.</p>
<b>Aussagekraft</b>	
<p>Was sind die Ergebnisse?</p> <p><b>1/1</b></p>	Die Ergebnisse werden anhand von Kategorien vorgestellt. Sie beschreiben den sozialen Ausschluss, die Risikoverhalten und die physischen und psychischen Bedürfnisse von Frauen, jungen Insassen, älteren Insassen und Gefangenen aus ethnischen Minoritäten.
<p>Wie präzise sind die Ergebnisse?</p> <p><b>0.75/1</b></p>	Die Ergebnisse werden nicht statistisch interpretiert, es ist keine Meta-Analyse.
<b>Anwendbarkeit</b>	
<p>Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?</p> <p><b>1/1</b></p>	Der Abschnitt bezüglich ältere Gefangene liefert Informationen zu den Bedürfnissen von älteren Menschen im Gefängnis.
<p>Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?</p> <p><b>0.5/1</b></p>	Zum Teil: z.B. Aspekte zur Gesundheitsförderung von Gefangenen werden nicht beschrieben.
<p>Ist der Nutzen die möglichen Kosten und Risiken wert?</p> <p><b>1/1</b></p>	Es wird werden eine ökonomische Analyse durchgeführt, noch Nebenwirkungen explizit aufgeführt. Der Nutzen ist den Kosten wert, denn Gesundheitsbedürfnisse die erkannt werden und auf denen effektiv geantwortet werden beugen spätere Kosten vor.
<b>Note und Bewertung</b>	
10.5/12 = 5.25	Gut

<p><b>Loeb, S.J. &amp; AbuDagga, A. (2006). Health-Related Research on Older Inmates : An integrative review. <i>Research in Nursing and Health</i>, 29, 556-565.</b></p>	
<p align="center"><b>Glaubwürdigkeit</b></p>	
<p>Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?</p> <p><b>0.75/1</b></p>	<p>Es wurde keine präzise Fragestellung untersucht. Ziele wurden genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die am meisten verwendete Altersgrenze identifizieren</li> <li>- Bestimmen welche Gesundheitsvariablen in empirische Studien untersucht wurden</li> <li>- Beschreiben was über den Gesundheitsstatus älterer Insassen bekannt ist, inklusive Folgen der Inhaftierung auf die Gesundheit</li> <li>- Altersspezifische Richtlinien, Programme und Einrichtungen beschreiben die relevant sind für die Gesundheit und das Wohlbefinden von älteren Insassen</li> </ul>
<p>Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?</p> <p><b>1/1</b></p>	<p>Die Einschlusskriterien für die Wahl der Studien werden beschrieben und begründet. Da verschiedene Disziplinen Interesse an dem Thema haben wurde eine Vielfalt von Datenbanken gesucht. Da das Thema ab 1980 Interesse erzeugte wurde Literatur von 1980-2005 einbezogen. Dissertationen wurden nicht einbezogen, weil nicht blind-peer-reviewd. Weitere angemessene Einschlusskriterien werden genannt.</p>
<p>Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?</p> <p><b>1/1</b></p>	<p>9 Datenbanken wurden gesucht, Literatur über mehr als 20 Jahre wurde gesucht. Artikel die in den behaltenen Studien als Referenz genannt wurden und die nicht in der Suchliste erschienen waren wurden zur Liste hinzugefügt. Also eher unwahrscheinlich dass relevante Studien übersehen wurden.</p>
<p>Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?</p> <p><b>0.5/1</b></p>	<p>Das Studiendesign wurde untersucht. Die verschiedenen Studiendesigns werden aufgezählt sowie die verschiedenen Datenquellen. Es wird aber nicht beschrieben ob die Glaubwürdigkeit der Studien eingeschätzt wurde.</p>
<p>Ist die Beurteilung der verwendeten Studien</p>	<p>Nein.</p>

nachvollziehbar? <b>0/1</b>	
Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? <b>0/1</b>	Wird nicht erwähnt.
Waren die Studien ähnlich? <b>0.75/1</b>	Die 21 Studien unterscheiden sich zum Teil in Design, Datenquellen, der Grösse der Stichproben,... die Unterschiede werden beschrieben.
<b>Aussagekraft</b>	
Was sind die Ergebnisse? <b>1/1</b>	Die Ergebnisse sind die Darstellung von Kategorien die anhand der Zielsetzung gegliedert wurden. Die Kategorien beinhalten die Ergebnisse der verwendeten Studien.
Wie präzise sind die Ergebnisse? <b>1/1</b>	Es ist keine Meta-Analyse mit statistischem Pooling. Die verschiedenen Ergebnisse aus den verschiedenen Studien werden dargestellt und sind referenziert.
<b>Anwendbarkeit</b>	
Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? <b>0.75/1</b>	Die Ergebnisse betreffen ältere Menschen im Gefängnis und sind auf meine Patienten übertragbar. Etwas Vorsicht muss wegen der mangelnden Einschätzung der Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien geäussert werden.
Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? <b>0.75/1</b>	Ergebnisse wie Programme für ältere Insassen werden beschrieben. Wichtige Ergebnisse
Ist der Nutzen die möglichen Kosten und Risiken wert? <b>1/1</b>	Der Nutzen ist die Kosten wert, die Implementierung von Programme die, die Gesundheit von älteren Insassen ansprechen wurden als eine Lösungen genannt um immer steigende Gesundheitskosten zu bekämpfen.
<b>Note und Bewertung</b>	
<b>8.5/12 = 4.25</b>	Genügend

<b>Watson, R., Stimpson, A. &amp; Hostick, T. (2003). Prison health care : a review of the literature. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 41, 119-128.</b>	
<b>Glaubwürdigkeit</b>	
Wurde eine präzise Fragestellung untersucht? <b>0.75/1</b>	Es wurde keine Fragestellung untersucht. Ein Ziel wurde genannt. Modelle für Gefängnisgesundheitsfürsorge identifizieren von denen die Gefängnisssysteme der UK und das NHS lernen könnten.
Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen? <b>0.75/1</b>	Die Einschlusskriterien werden beschrieben: Herkunft, Sprache, Zeitspanne. Eine Hierarchie der Evidenz wurde nicht angewendet: individuelle Elemente wie Briefe, Leitartikel und nicht-referenzierte Stellungnahmen wurden ausgeschlossen.
Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden? <b>1/1</b>	7 Datenbanken wurden gesucht und weitere Quellen für Berichte und Richtlinien gesucht. Breite Suchbegriffe wurden benutzt um zu verhindern dass bedeutende Materialien verpasst werden. Die Referenzlisten der abgerufenen Studien wurden bezüglich bedeutende Arbeiten durchgesucht. Die Suche erfolgte recht umfänglich also ist es eher unwahrscheinlich.
Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? <b>0.5/1</b>	Wird nicht beschrieben. Einzel stehende Elemente wie Briefe, Leitartikel und nicht-referenzierte Stellungnahmen werden ausgeschlossen. Eine Hierarchie der Evidenz wird nicht angewendet, es hätte kaum Literatur übrig gelassen.
Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar? <b>0/1</b>	Nicht beschrieben. Nein.
Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? <b>0.25/1</b>	Die Forscher stimmen anscheinend bei der Auswahl der Studien überein, weil sie, sie zusammen wählen aber die Bewertung wird nicht beschrieben.
Waren die Studien	Die meisten Elemente waren nicht systematische Literaturrecherchen, deskriptive Studien und

ähnlich? <b>0.75/1</b>	wissenschaftliche Referate. Die Literatur betraf verschiedene Gruppen von Gefangenen. Die Elemente waren unterschiedlich, die wenige Literatur in diesem Gebiet gibt eine Erklärung für diesen Aspekt.
<b>Aussagekraft</b>	
Was sind die Ergebnisse? <b>1/1</b>	Die Ergebnisse werden anhand von identifizierten Ergebnissen in den Studien in Kategorien gegliedert. Die Ergebnisse betreffen die Gesundheitsangelegenheiten von Gefangene, besondere Gruppen von Gefangene (ältere Gefangene und Frauen), zugrunde liegende Themen und Zulieferung der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis.
Wie präzise sind die Ergebnisse? <b>1/1</b>	Die Anzahl der Studien in denen die Kategorie identifiziert wurde werden genannt. Die jeweiligen Ergebnisse aus jeder Studie werden genannt und referenziert.
<b>Anwendbarkeit</b>	
Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? <b>0.75/1</b>	Ein Teil der Ergebnisse, der Abschnitt der von älteren Insassen handelt ist übertragbar.
Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? <b>0.75/1</b>	Nicht alle. Ein Teil der Ergebnisse behandelt von Gesundheitsförderung im Gefängnis. Leider wird dieses Thema nicht direkt mit den älteren Gefangen in Zusammenhang gebracht. Das Ziel der Studie ist auf die Identifizierung eines Modells für die Gesundheitsfürsorge im Gefängnis orientiert und nicht auf die Bedürfnisse der Bevölkerung, deswegen ist logisch, dass die Ergebnisse nicht alle für mich wichtigen Aspekte betrachtet.
Ist der Nutzen die möglichen Kosten und Risiken wert? <b>1/1</b>	Ja weil ein gutes Modell die Versorgung der Gesundheitsbedürfnisse besser decken würde und dadurch spätere Gesundheitskosten reduzieren würde. Empfehlungen werden für die Erstellung eines Modells gemacht, weil keines gefunden wurde.
<b>Note und Bewertung</b>	
<b>8.5/10 = 4.25</b>	Genügend

## Beurteilung der Studien mit gemischtem Design

Review Area	Key Questions
<b>(1) STUDY EVALUATIVE OVERVIEW</b>	
Bibliographic Details	Author, title, source (publisher and place of publication), year
Purpose	What are the aims of this paper? If the paper is part of a wider study, what are its aims?
Key Findings	What are the key findings?
Evaluative Summary	What are the strengths and weaknesses of the study and theory, policy and practice implications?
<b>(2) STUDY AND CONTEXT (SETTING, SAMPLE AND OUTCOME MEASUREMENT)</b>	
The Study	What type of study is this? What was the intervention? What was the comparison intervention? Is there sufficient detail given of the nature of the intervention and the comparison intervention? What is the relationship of the study to the area of the topic review?
Context: (1) Setting	Within what geographical and care setting is the study carried out? What is the rationale for choosing this setting? Is the setting appropriate and/or sufficiently specific for examination of the research question? Is sufficient detail given about the setting? Over what time period is the study conducted?
Context II: Sample	What was the source population? What were the inclusion criteria? What were the exclusion criteria? How was the sample (events, persons, times and settings) selected? (For example, theoretically informed, purposive, convenience, chosen to explore contrasts) Is the sample (informants, settings and events) appropriate to the aims of the study? If there was more than one group of subjects, how many groups were there, and how many people were in each group? Is the achieved sample size sufficient for the study aims and to warrant the conclusions drawn? What are the key characteristics of the sample (events, persons, times and settings)?
Context III: Outcome Measurement	What outcome criteria were used in the study? Whose perspectives are addressed (professional, service, user, carer)? Is there sufficient breadth (e.g. contrast of two or more perspective) and depth (e.g. insight into a single perspective)?

Review Area	Key Questions
<b>(3) ETHICS</b>	
Ethics	<p>Was Ethical Committee approval obtained?</p> <p>Was informed consent obtained from participants of the study?</p> <p>How have ethical issues been adequately addressed?</p>
<b>(4) GROUP COMPARABILITY</b>	
Comparable Groups	<p>If there was more than one group was analysed, were the groups comparable before the intervention? In what respects were they comparable and in what were they not?</p> <p>How were important confounding variables controlled (e.g. matching, randomisation, or in the analysis stage)?</p> <p>Was this control adequate to justify the author's conclusions?</p> <p>Were there other important confounding variables controlled for in the study design or analyses and what were they?</p> <p>Did the authors take these into account in their interpretation of the findings?</p>
<b>(5) QUALITATIVE DATA COLLECTION AND ANALYSIS</b>	
Data Collection Methods	<p>What data collection methods were used in the study? (Provide insight into: data collected, appropriateness and availability for independent analysis)</p> <p>Is the process of fieldwork adequately described? (For example, account of how the data were elicited; type and range of questions; interview guide; length and timing of observation work; note taking)</p>
Data Analysis	<p>How were the data analysed?</p> <p>How adequate is the description of the data analysis? (For example, to allow reproduction; steps taken to guard against selectivity)</p> <p>Is adequate evidence provided to support the analysis? (For example, includes original / raw data extracts; evidence of iterative analysis; representative evidence presented; efforts to establish validity - searching for negative evidence, use of multiple sources, data triangulation); reliability / consistency (over researchers, time and settings; checking back with informants over interpretation)</p> <p>Are the findings interpreted within the context of other studies and theory?</p>
Researcher's Potential Bias	<p>What was the researcher's role? (For example, interviewer, participant observer)</p> <p>Are the researcher's own position, assumptions and possible biases outlined? (Indicate how these could affect the study, in particular, the analysis and interpretation of the data)</p>



Review Area	Key Questions
<b>(6) POLICY AND PRACTICE IMPLICATIONS</b>	
Implications	<p>To what setting are the study findings generalisable? (For example, is the setting typical or representative of care settings and in what respects? If the setting is atypical, will this present a stronger or weaker test of the hypothesis?)</p> <p>To what population are the study's findings generalisable?</p> <p>Is the conclusion justified given the conduct of the study (For example, sampling procedure; measures of outcome used and results achieved?)</p> <p>What are the implications for policy?</p> <p>What are the implications for service practice?</p>
<b>(7) OTHER COMMENTS</b>	
Other comments	<p>What was the total number of references used in the study?</p> <p>Are there any other noteworthy features of the study?</p> <p>List other study references</p>
Reviewer	<p>Name of reviewer</p> <p>Review date</p>

<sup>i</sup> Long AF, Godfrey M, Randall T, Brett AJ and Grant MJ (2002) *Developing Evidence Based Social Care Policy and Practice. Part 3: Feasibility of Undertaking Systematic Reviews in Social Care*. Leeds: Nuffield Institute for Health.

<sup>ii</sup> This tool was developed while the lead author was at the Health Care Practice R&D Unit (HCP RDU) at the University of Salford. It has since been slightly modified.

Study Evaluative Overview 1/1	
<b>Baumeister, B. &amp; Keller, S. (2011). Alt werden im Straf- und Massnahmenvollzug. Dübendorf: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.</b>	
Purpose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genaues Wissen über die spezifischen Belastungssituationen der älteren Insassen und über die konkreten Herausforderungen, mit denen Vollzugsmitarbeitende in der Betreuung der Zielgruppe konfrontiert sind gewinnen</li> </ul>
Key findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alte Insassen sind im schweizerischen Straf- und Massnahmenvollzug eine relevante Gruppe.</li> <li>- Ältere inhaftierte Menschen erleben spezifische Alltagsbelastungen oder -probleme. Daraus resultieren Bewältigungsstrategien.</li> <li>- Die Zielgruppe der älteren inhaftierten Menschen ist in den bestehenden Vollzugskonzepten nicht berücksichtigt.</li> <li>- Das Vollzugspersonal erlebt ebenfalls Herausforderungen in der Betreuung dieser Zielgruppe.</li> </ul>
Evaluative Summary	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Prozess wird klar beschrieben.</li> <li>- Es fehlt die Information, ob die Studie von einer Ethikkommission bewilligt wurde.</li> </ul>
<b>Study and Context (Setting, Sample and Outcome Measurement)</b>	
The Study 1/1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sekundärstatistische Auswertung und Qualitative Untersuchung</li> <li>- Es wurde keine Intervention durchgeführt.</li> <li>- Es wurde keine Vergleichsintervention durchgeführt.</li> <li>- Eb.</li> <li>- Die Zahl der älteren Insassen (60+) nimmt in den schweizer Strafanstalten zu. Auf der wissenschaftlichen Ebene gibt es im deutschsprachigen Raum wenig Arbeiten.</li> </ul>
Context: Setting 0.75/1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie wurde in 3 Haftanstalten durchgeführt: 2 kantonale Strafanstalten und eine Massnahanstalt.</li> <li>- Um das Alt werden von inhaftierten Menschen zu</li> </ul>

	<p>untersuchen ist das Gefängnis der geeignete Ort.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieses Umfeld ist passend um die Forschungsfrage zu untersuchen.</li> <li>- Das Umfeld wird nicht ausführlich beschrieben.</li> <li>- Die Interviews wurden von Juli 2008 bis März 2010 durchgeführt. Die gesamte Studie wurde im Zeitraum von Juni 2008 bis Mai 2010 durchgeführt.</li> </ul>
<p>Context: Sample <b>0.5/1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die erste Teilnehmergruppe waren inhaftierte ältere Menschen die über 60 waren. Die zweite Gruppe bestand aus Gefängnismitarbeitende.</li> <li>- Einschlusskriterium inhaftierte Personen: 60+ (es wurden jedoch zwei Insassen unter 60 einbezogen: 57, 58 weil zur Zeit der Datenerhebung nur 2 Insassen im Massnahmevollzug über 60 waren)</li> <li>- Es wird kein Einschlusskriterium für die Mitarbeitenden genannt.</li> <li>- Ausschlusskriterien werden keine genannt.</li> <li>- Es wird nicht beschrieben wie die Stichproben zusammengestellt wurden oder wie mit den Teilnehmern Kontakt aufgenommen wurde.</li> <li>- Das Ziel der Studie war die spezifischen Belastungssituationen von älteren inhaftierten Menschen und die konkreten Herausforderungen der Vollzugsmitarbeitenden zu untersuchen. Interviews mit älteren inhaftierten Menschen und mit Vollzugsmitarbeitenden durchzuführen scheint daher angemessen zu sein.</li> <li>- Zwei Gruppen wurden interviewt. Es wurden 22 inhaftierte Personen und 33 Mitarbeitende interviewt.</li> <li>- Es wurde nicht gesagt wieviel zur Teilnahme eingeladen wurden und wieviel wirklich Teilnahmen. Da bei qualitativen Studien die Angemessenheit der Stichprobe wichtiger ist als die Grösse, scheint diese für die Gefangenen genügend zu sein. Die Angemessenheit der Stichproben wird von den Autoren nicht diskutiert.</li> </ul>
<p>Context: Outcome Measurement <b>1/1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Ziel des Projekts war genaues Wissen über die spezifischen Belastungssituationen von ältere Insassen zu gewinnen. Und über die Herausforderungen , mit denen Mitarbeitende in der Betreuung dieser Gruppe konfrontiert sind.</li> <li>- Die Perspektive von inhaftierten Personen und von Mitarbeitenden im Gefängnis wird untersucht.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Perspektive von Gefangenen wird in einem Teil untersucht und die von Mitarbeitenden in einem weiteren Teil. Sie werden am Ende verglichen.</li> </ul>
<b>Ethics</b>	
Ethics <b>0.5/1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird nicht beschrieben, dass eine Bewilligung von einer Ethikkommission erhalten wurde.</li> <li>- Die meisten Insassen unterzeichneten eine Einverständniserklärung, welche den Forschenden die Möglichkeit der Dateneinsicht erlaubt und den Arzt für die Forschung von der Schweigepflicht entband.</li> <li>- Die Daten wurden anonymisiert.</li> </ul>
<b>Group Comparability</b>	
Comparable Groups	Es wurden zwei verschiedene Gruppen untersucht, ihre Sicht wurde gegenübergestellt, jedoch diente die Untersuchung der zwei Gruppen nicht einem Vergleich.
<b>Qualitative Data Collection and Analysis</b>	
Data Collection Methods <b>1/1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Daten für die Statistik wurden von Bundesamt für Statistik übernommen und nicht selbst gesammelt. Narrativ gestaltete Interviews wurden mit den inhaftierten älteren Menschen durchgeführt und themenzentrierte, Leitfadengestützte Interviews mit den Mitarbeitenden.</li> <li>- Die Daten werden von den inhaftierten Personen anhand einer offenen Eingangsfrage gesammelt. Das Interview wird narrativ gestalten. Weitere offene Fragen wurden im Anschluss gestellt, wenn die inhaftierten Personen diese Themen nicht selbst aufgenommen hatten. Ein Beispiel des Leitfadens für dieses Gespräch ist vorhanden. Ein Leitfaden des Gesprächs mit den Mitarbeitenden ist ebenfalls vorhanden.</li> <li>- Die Interviews wurden aufgenommen, wortwörtlich transkribiert, anonymisiert und laufend ausgewertet.</li> </ul>
Data Analysis <b>0.75/1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die statistische Daten des Bundesamt für Statistik werden analysiert. Es wird deskriptive Statistik, beziehungsweise Häufigkeitsverteilungen verwendet. Die Daten wurden von Fachleuten für die Forscher bezogen auf Altersklassen aufbereitet.</li> <li>- Die narrative gestalteten Interviews mit den inhaftierten Personen wurden anhand der Grounded Theory induktiv ausgewertet. Schemen wurden für jeden einzelnen Insassen erstellt, die ihre Beziehungen und</li> </ul>

	<p>die Qualität dieser aufzeigen sollten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Analyse der Interviews mit den Mitarbeitenden erfolgte anhand der Inhaltsanalyse, deduktiv.</li> <li>- In den Ergebnissen werden Zitate zur Illustrierung verwendet. Die Übereinstimmung der Forscher wird nicht thematisiert, die Ergebnisse werden nicht nochmals mit den Teilnehmern thematisiert.</li> <li>- Die Ergebnisse werden im Zusammenhang mit Fachliteratur und anderen Forschungsarbeiten gesetzt.</li> </ul>
<p>Researcher's Potential Bias</p> <p><b>0/1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Rolle der Forscher in dieser Forschungsarbeit wird nicht beschrieben.</li> </ul>
<b>Policy and Practice Implications</b>	
<p>Implications</p> <p><b>0.75/1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Da es in den Interviews um qualitative Daten geht und daher um die Erforschung der persönlichen (subjektiven) Wirklichkeit sind hier Begriffe wie Verallgemeinbarkeit oder Repräsentativität fehl am Platz. (Mayer, 2007, S.154)</li> <li>- Verschiedene Empfehlungen für die Praxis werden vorgestellt:</li> <li>- Der Strafvollzug sollte sich auf die Zunahme alter Insassen einstellen.</li> <li>- Eine problemgerechte Unterbringung für alte Insassen ist in absehbarer Zeit notwendig.</li> <li>- Die Umgebungen sollten die Alltagsbewältigungen der alten Insassen nicht einschränken.</li> <li>- Die Separation alter Insassen wäre von Vorteil.</li> <li>- Die Vollzugsmitarbeitenden sollten im Hinblick auf die besonderen Anforderungen im Umgang mit älteren Insassen geschult sein.</li> <li>- Es erscheint notwendig, eine Tagesstruktur für Insassen einzurichten, die der geltenden Arbeitspflicht nicht mehr nachgehen können.</li> <li>- Der Pflege sozialer Kontakte alter Insassen nach draussen sollte gezielt unterstützt werden.</li> </ul>
<b>Other comments</b>	
Other comments	50 Referenzen wurden in dieser Studie erwähnt.
<b>Gesamtzahl Punkte</b>	

$7.25/10 = 4.35$	Genügend
------------------	----------

Study Evaluative Overview 1/1	
<b>Deaton, D., Aday, RH &amp; Wahidin, A. (2009-2010). The effect of health and penal harm on aging female prisoners' views of dying in prison. <i>Omega</i>, 60(1), 51-70.</b>	
Purpose	Die Beziehung zwischen verschiedenen Gesundheitsvariablen und der Templer Death Anxiety Scale (TDAS) untersuchen.
Key findings	<p>Es besteht ein bedeutender Ausmass von Angst vor dem Tod bei älteren Frauen im Gefängnis wenn verglichen mit der Bevölkerung.</p> <p>Sowohl psychische wie physische Messungen waren wichtige Indikatoren für Angst vor dem Tod.</p> <p>Die Sorgen um das Sterben im Gefängnis waren oft von der mangelnden Pflege die empfunden wurde und die Gleichgültigkeit des Gefängnispersonals und anderen Instanzen beeinflusst.</p>
Evaluative Summary	Die Ängste von älteren Frauen im Gefängnis werden auf quantitativer und qualitativer Art untersucht.
<b>Study and Context (Setting, Sample and Outcome Measurement)</b>	
The Study 1/1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gemischtes Design, korrelativ-deskriptives quantitatives Design und phänomenologische Qualitativen.</li> <li>- Es wurde keine Intervention durchgeführt.</li> <li>- Es wurde keine Vergleichsintervention durchgeführt.</li> <li>- Eb.</li> <li>- Die Literaturrecherche erwies das keine Studie bezüglich den besonderen Sorgen in Bezug mit dem Tod bei älteren Frauen untersucht worden waren.</li> </ul>
Context: Setting 0.75/1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie wird in verschiedene Frauengefängnisse durchgeführt in 5 Südstaaten der USA.</li> <li>- Die Begründung für die Auswahl dieses Umfeldes ist das Altwerden der Gefängnispopulation und die verschiedenen Angelegenheit die daraus resultieren und</li> </ul>

	<p>dass die Sorgen bezüglich des Sterbens im Gefängnis nicht untersucht wurden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Umfeld ist das richtige um die Ängste bezüglich des Sterbens von älteren inhaftierten Frauen zu untersuchen.</li> <li>- Das Umfeld „Gefängnis“ wird beschrieben, aber nicht spezifisch die Gefängnisse wo die Teilnehmerinnen rekrutiert wurden.</li> <li>- Die Zeitspanne für die Durchführung der Studie wird nicht beschrieben.</li> </ul>
<p>Context: Sample <b>1/1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ausgangsbevölkerung war ältere Frauen im Gefängnis (50+)</li> <li>- Einschlusskriterien waren das Alter (50+)</li> <li>- Ausschlusskriterien waren die Unmöglichkeit teilzunehmen wegen psychischen oder körperlichen Angelegenheiten, sowie die, die wegen Sicherheitsgründe in ihrer Zelle bleiben mussten.</li> <li>- Alle potentiellen Teilnehmer wurden informiert und zusammengeholt um die Forscher zu treffen. (Gelegenheitsstichprobe)</li> <li>- Die Stichprobe ist angemessen im Verhältnis zur der im Ziel geäußerten Population</li> <li>- Es wurde nur eine Gruppe untersucht.</li> <li>- 75% der potentiellen Teilnehmer stimmten der Studie zu = 327 Teilnehmerinnen, was eine ziemlich hoher Prozentsatz der Population bildet.</li> <li>- Die Hauptcharakteristiken der Stichprobe sind das Geschlecht: weiblich, das Alter: 50+ und dass sie zur Zeit der Forschung sich im Gefängnis befinden.</li> </ul>
<p>Context: Outcome Measurement <b>0.5/1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird kein Ergebnis erzielt, Verhältnisse werden untersucht</li> <li>- Die Perspektive der Dienstleistungsnutzer wird untersucht</li> <li>- 327 Sichtweisen werden untersucht und einzelne werden vertieft.</li> </ul>
<b>Ethics</b>	
Ethics	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Bewilligung einer Ethikkommission wurde erhalten</li> </ul>



1/1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informierte Zustimmung wurde von den Teilnehmern eingeholt. Die Anonymisierung der Daten wird nicht beschrieben. Es wird davon ausgegangen, dass sie durchgeführt wurde, da die eine Bewilligung einer Ethikkommission für die Durchführung erhalten wurde.</li> </ul>
<b>Group Comparability</b>	
Comparable Groups	<p>Es wurden keine Gruppen verglichen.</p> <p>Aus diesem Grund wird dieser Punkt nicht berücksichtigt.</p>
<b>Qualitative Data Collection and Analysis</b>	
Data Collection Methods 1/1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Daten wurden anhand eines Fragebogens gesammelt. (quantitative Daten: demographische Variablen wurden gesammelt, der Gesundheitsstatus wurde anhand einer Likertskala beurteilt, Daten wurden anhand der Hopkins Symptom Checklist (etwas geändert) und TDAS gesammelt und qualitative Daten anhand von offenen Fragen)</li> <li>- Die Teilnehmer füllten den Fragebogen selbst aus. Die, die es benötigten (die nicht lesen konnten oder deren Sicht beeinträchtigt war) erhielten Unterstützung durch die Forscher. Für die Beantwortung der Fragen wurden Likert-Skalen und Ja/Nein Fragen verwendet. Die Instrumente erweisen eine genügende Reliabilität.</li> </ul>
Data Analysis 0.5/1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird nicht beschrieben wie die Daten analysiert werden</li> <li>- Die nicht vorhandene Beschreibung erlaubt keine Nachahmung.</li> <li>- Es werden Zitate in den Ergebnissen integriert, welche diese illustrieren, die Ergebnisse werden nicht mit den Teilnehmern nochmals angeschaut. Der Prozess im Team wird nicht beschrieben. Statistische Verfahren werden gebraucht: Häufigkeitsverteilungen und schliessende Statistik.</li> <li>- Die Ergebnisse werden im Zusammenhang mit Ergebnisse von anderen Studien</li> </ul>

	vorgestellt.
Researcher's Potential Bias <b>0.25/1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Rolle der Forscher wird nicht beschrieben. Nur, dass sie Insassen die mit Lesen oder Sicht Schwierigkeiten hatten unterstützt haben.</li> <li>- Die Position, die Annahmen und die möglichen Bias (Verzerrungen) werden nicht dargestellt.</li> </ul>
<b>Policy and Practice Implications</b>	
Implications <b>0.25/1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Umfeld ist untypisch für ein Pflegesetting. Die Ergebnisse sind nur auf ein Gefängnisumfeld übertragbar.</li> <li>- Die Ergebnisse des TDAS sind unterschiedlich von älteren Männern im Gefängnis jedoch vergleichbar mit einer jüngeren Bevölkerung.</li> <li>- Es werden keine Empfehlungen gemacht oder Implikationen hervorgehoben.</li> <li>- Eb. Nur dass es wichtig scheint die einzigartigen Gesundheitscharakteristiken dieser Population und die persönlichen Verletzlichkeiten zu verstehen um für diese besondere Gruppe von Insassen zu sorgen.</li> </ul>
<b>Other comments</b>	
Other comments	- 73 Referenzen werden genannt.
<b>Gesamtzahl Punkte</b>	
<b>7.25/10 = 4.35</b>	Genügend

Study Evaluative Overview 1/1	
<b>Grimbert, I., Demichelis, F. &amp; Benoit, A. (2007). <i>Etude des besoins des détenus âgés et/ou handicapés en Basse-Normandie</i>. Hérouville-Saint-Clair: Observatoire Régional de la Santé en Basse-Normandie.</b>	
Purpose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- den Gesundheitszustand und den Abhängigkeitszustand von älteren und behinderten Insassen analysieren</li> <li>- Die aktuellen Probleme in der Betreuung von älteren abhängigen und erwachsenen abhängigen Insassen in der Basse-Normandie beschreiben</li> <li>- Die materielle und menschlichen Bedürfnisse die für die Betreuung notwendig sind analysieren</li> <li>- Ein Projektionsbild über das Alterwerden der Gefängnisbevölkerung der Basse-Normandie erstellen.</li> </ul>
Key findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das aktuelle Problem ist nicht das Altwerden sondern die Behinderung, aber das Altern wird eins werden.</li> <li>- Ein grosser Teil der älteren Gefangenen hat eine gute Wahrnehmung seiner Gesundheit, dennoch präsentieren 15 eine Behinderung und 5 eine Abhängigkeitssituation.</li> <li>- Die Hälfte der behinderten Gefangenen hat eine schlechte Wahrnehmung ihrer Gesundheit</li> <li>- Ein weiteres beschriebenes Problem ist der Selbstmord</li> </ul>
Evaluative Summary	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Bedürfnisse von älteren Gefangenen und von behinderten Gefangenen werden parallel zu der Untersuchung der Sichtweise von Gefängnispersonal untersucht. Der quantitative Teil ist viel grösser als der qualitative Teil.</li> </ul>
Study and Context (Setting, Sample and Outcome Measurement)	
The Study 1/1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- quantitative deskriptive Studie</li> <li>- es wurde keine Intervention durchgeführt</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- es wurde keine Vergleichsintervention durchgeführt</li> <li>- eb.</li> <li>- Die ältere Bevölkerung in den Gefängnissen ist gewachsen. Verschiedene Aspekte der Gesundheit von älteren Menschen im Gefängnis benötigten weitere Kenntnisse und deswegen diese Untersuchung.</li> </ul>
Context: Setting 1/1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Studie wurde in 6 verschiedene Gefängnisse in der Normandie durchgeführt</li> <li>- Die Forscher wurden beauftragt diese Studie durchzuführen</li> <li>- Die Umgebung ist passend für die Untersuchung der Festgelegten Ziele</li> <li>- Die 6 Gefängnisse werden beschrieben: was für eine Haftanstalt sie sind und wie viele Gefangene sie beherbergen.</li> </ul>
Context: Sample 1/1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ausgangspopulationen sind ältere Gefangene und behinderte Gefangene, sowie im Gefängnis tätige Professionelle</li> <li>- Die Einschlusskriterien waren das Alter (60+) für die älteren Insassen, Invalidenrente oder eine offiziell von der Maison du Handicap erkannte Behinderung für die behinderten Insassen oder in einer Invalidenkategorie klassifiziert sein.</li> <li>- Ausschlusskriterien werden keine genannt: aufgrund von Sicherheitsmassnahmen oder nicht zur Verfügung wurden einige Interviews abgesagt</li> <li>- Gelegenheitsstichprobe: alle Insassen die einer der Kategorie entsprachen wurden einbezogen. Es wird nicht gesagt wie die Teilnehmer kontaktiert wurden.</li> <li>- Die Stichprobe ist für die Ziele angemessen.</li> <li>- Es wurden drei verschiedene Gruppen untersucht: 88 ältere Insassen (60+), 55 behinderte Insassen, 15 Insassen gehören beiden Gruppen. In einem anderen Teil der Studie wird Gefängnispersonal aus den 6 Gefängnissen untersucht.</li> <li>- Die Grösse der Stichprobe (88): geht nicht anders: alle älteren Gefangenen von allen Gefängnissen der Basse-Normandie wurden</li> </ul>

	<p>angesprochen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Hauptcharakteristiken der Stichprobe der älteren Gefangenen sind dass sie nur männlich sind, das durchschnittliche Alter 65 Jahre ist, die Mehrheit geschieden ist und fast 90% Kinder haben und sie durchschnittlich 4 Kinder haben.</li> <li>- 15 ältere Gefangene haben eine Behinderung.</li> </ul>
<p>Context: Outcome Measurement</p> <p><b>0.5/1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird kein Ergebniskriterium genannt.</li> <li>- Die Perspektive der Dienstleistungsnutzer wird in einem Teil untersucht und die Perspektive von Gefängnispersonal in einem anderen Teil</li> <li>- Die Perspektive von älteren Gefangenen aus verschiedenen Gefängnissen werden untersucht.</li> </ul>
<b>Ethics</b>	
<p>Ethics</p> <p><b>0.75/1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die verschiedenen Forschungsinstrumente wurden von einem wissenschaftlichen Rat validiert</li> <li>- Jeder potentielle Teilnehmer wurde über die Studie und über die Wahrung der Anonymität informiert. Er konnte natürlich ablehnen. (Keine schriftliche Zustimmung)</li> <li>- Jedem Teilnehmer wurde eine Nummer zugeteilt. Die Namen mit den Nummern waren nur in Besitz des Forschers und wurden vernichtet sobald die Datensammlung beendet war.</li> </ul>
<b>Group Comparability</b>	
Comparable Groups	<p>Drei Gruppen wurden untersucht. Zwei im selben Teil der Studie, jedoch nicht mit dem Ziel diese zu vergleichen.</p> <p>Aus diesem Grund wird dieser Punkt nicht berücksichtigt.</p>
<b>Qualitative Data Collection and Analysis</b>	
<p>Data Collection Methods</p> <p><b>0.5/1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Daten wurden anhand eines Fragebogens in einem Interview gesammelt, im Hauptteil wurden quantitative Daten gesammelt (die Antworten waren und</li> </ul>

	<p>zusätzlich wurden offene Bemerkungen gesammelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Prozess der Datensammlung wird nicht detailliert beschrieben. Es waren Interviews jedoch wird nicht gesagt wird die Antworten gespeichert wurden. Die vorgesehene Zeit für jedes Interview war 20 Minuten.</li> </ul>
<p>Data Analysis <b>0.5/1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Analyse der Daten erfolgte anhand der Software SPAD</li> <li>- Die Datenanalyse wird nicht detailliert beschrieben, statistische Analyse wird durchgeführt</li> <li>- Häufigkeitsverteilungen und Mittelwerte werden vorgestellt, die Messniveaus der verschiedenen Variablen erlauben diese Rechenoperationen.</li> <li>- Die Ergebnisse werden wenig im Kontext von anderen Studien interpretiert.</li> </ul>
<p>Researcher's Potential Bias <b>0.25/1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es scheint der Forscher hat interviewt aber es ist nicht klar präsentiert</li> <li>- Die Bias des Forschers werden nicht erläutert</li> </ul>
<b>Policy and Practice Implications</b>	
<p>Implications <b>1/1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse sind nur auf dem Gefängnissetting übertragbar, weil es ein besonderes Setting ist.</li> <li>- Auf ältere Insassen, die Datensammlung bei den älteren Insassen war vollständig. Bei den behinderten Insassen bestehen Grenzen, breite Kriterien wurden gewählt, zu viele Teilnehmer wurden identifiziert und konnten letztendlich aus verschiedenen Grenzen nicht alle einbezogen werden</li> <li>- Empfehlungen bezüglich der infrastrukturellen Gegebenheiten werden gemacht sowie weitere Empfehlungen bezüglich Haftgliederung, erleichterter Zugang zum Gefängnis für weitere externe Professionelle, Entwicklung von Strukturen und die Anzahl Suizide reduzieren</li> </ul>
<b>Other comments</b>	
Other comments	19 Referenzen werden genannt.

Gesamtzahl Punkte	
7.5/10 = 4.5	Befriedigend

## Anhang D: Tabelle Punkte-Noten

Punktzahl Quantitative Studie	Punktzahl Mixed Design	Punktzahl Qualitative Studie + Literaturübersicht	Note	Wissenschaftliche Qualität
<b>13.5-14</b>	<b>9.75-10</b>	<b>11.75-12</b>	<b>6</b>	<b>Ausgezeichnet</b>
<b>12.5-13.25</b>	<b>9-9.75</b>	<b>11-11.75</b>	<b>5.5 - &lt;6</b>	<b>Sehr gut</b>
<b>11.5-12.25</b>	<b>8.25-9</b>	<b>10-10.75</b>	<b>5 - &lt;5.5</b>	<b>Gut</b>
<b>10.5-11.25</b>	<b>7.5-8.25</b>	<b>9-9.75</b>	<b>4.5 - &lt;5</b>	<b>Befriedigend</b>
<b>9.5-10.25</b>	<b>6.75-7.5</b>	<b>8-8.75</b>	<b>4 - &lt;4.5</b>	<b>Genügend</b>
<b>&lt;9.5</b>	<b>&lt;6.75</b>	<b>&lt;8</b>	<b>&lt;4</b>	<b>Ungenügend</b>



## Anhang E: Übersicht Noten

<b>Autor-Titel</b>	<b>Beurteilungsbogen</b>	<b>Note</b>
Baumeister & Keller (2011), Alt werden im Straf- und Massnahmevollzug.	Long (2005), Evaluation Tool for « Mixed Methods » Study Designs	4.35
Condon et al. (2008), Choosing health in prison : prisoners' views on making healthy choices in English prisons.	Behrens&Langer, Beurteilung einer qualitativen Studie.	4
Deaton et al. (2009-2010), The effect of health and penal harm on aging female prisoners' views of dying in prison.	Long (2005), Evaluation Tool for « Mixed Methods » Study Designs	4.35
Fazel et al. (2004), Unmet treatment needs of older prisoners: a primary care Survey.	LoBiondo&Haber (2005), Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen	4.2
Grimbert et al. (2007), Etude des besoins des détenus âgés et/ou handicapés en Basse-Normandie.	Long (2005), Evaluation Tool for « Mixed Methods » Study Designs	4.5
Harris et al. (2006), Health needs of prisoners in England and Wales : the implications of gender, age and ethnicity.	Behrens&Langer, Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse*	5.25
Loeb & AbuDagga (2006), Health-related research on older inmates : an integrative review.	Behrens&Langer, Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse	4.25
Loeb & Steffensmeier (2011), Older Inmates' pursuit of good health	Behrens&Langer, Beurteilung einer qualitativen Studie.	5.75
Loeb et al. (2007), In their own words : older prisoners' health beliefs and Concerns for the Future.	Behrens&Langer, Beurteilung einer qualitativen Studie	5.5
Loeb et al. (2008), Comparing Incarcerated and community-dwelling older men's health	LoBiondo&Haber (2005), Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen	4.6

Watson et al. (2003), Prison health care : a review of the literature	Behrens&Langer, Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse*	4.25
---	--	------

\*Es ist zu bemerken, dass diese Studie nicht nur Forschungsarbeiten zusammenfasste und aus diesem Grund nicht alle Fragen des Beurteilungsbogens präzise beantwortet werden konnten.

## Anhang F: Zusammenfassungen der Literatur

<b>Baumeister, B. &amp; Keller, S. (2011). <i>Alt werden im Straf- und Massnahmenvollzug</i>. Dübendorf: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.</b>
<b>Ziel</b> Genaueres Wissen über die spezifischen Belastungssituationen der älteren Insassen gewinnen und genaues Wissen über die konkreten Herausforderungen, mit denen Vollzugsmitarbeitende in der Betreuung der Zielgruppe konfrontiert sind.
<b>Fragestellungen</b> Welches sind die spezifischen Alltagsbelastungen oder –probleme und die daraus resultierenden Bewältigungsbemühungen der alten Insassen während ihres Haftaufenthalts? Wie sehen die Herausforderungen für das Vollzugspersonal in der Betreuung dieser Zielgruppe aus? Inwiefern ist die Zielgruppe der alten Insassen in den bestehenden Vollzugskonzepten berücksichtigt?
<b>Forschungsstand</b> Herausforderungen für den Straf- und Massnahmenvollzug, Einrichtungen für alte Strafgefangene, Heterogenität der Zielgruppe, Gesundheitsprobleme, Begleitung von Sterbenden und psychosoziale Belastungen älterer Insassen werden beschrieben. Weiter wird die Betreuung im Straf- und Massnahmenvollzug beschrieben
<b>Stichprobe</b> Insassen: 22 männliche Insassen zwischen 57 und 78 Jahre in zwei kantonale Strafanstalten sowie einer Massnahanstalt. Mitarbeitende: insgesamt 33: 12 Gespräche mit dem Aufsichts- und Betreuungspersonal (10 Männer und 2 Frauen), 6 Interviews mit Werkmeistern (Männer), 9 Gespräche mit Mitarbeitenden in leitenden Funktionen (8 Männer, 1 Frau), 6 Gespräche mit anderen männlichen Mitarbeitenden (Arzt- und Gesundheitsdienst, Sicherheits-, Sozialdienst oder Anstaltspfarrer)
<b>Studiendesign:</b> Mixed Design: Statistik und Interviews
<b>Ethische Aspekte</b> Die meisten Insassen unterzeichneten eine Einverständniserklärung, welche den Forschenden die Dateneinsicht erlaubte und den Arzt für die Forschung von der Schweigepflicht entband. Die Daten wurden anonymisiert. Es wird nicht gesagt ob eine Bewilligung einer Ethikkommission eingeholt wurde.
<b>Datensammlung</b> 1. Teil: Daten des Bundesamts für Statistik: Strafurteilsstatistik und Strafvollzugsstatistik bis zum Jahre 2008. (Daten zu inhaftierten Frauen und Männern die das 50. Lebensjahr erreicht hatten) 2. Teil: Interviews mit Insassen und Vollzugspersonal - Die Interviews mit den älteren Insassen wurden weitgehend narrativ gestaltet. Eine offene Eingangsfrage forderte zum Erzählen auf. Die Gespräche fanden in den jeweiligen Anstalten statt und dauerten 45-105 Minuten. - Mit dem Vollzugspersonal wurden themenzentrierte, Leitfadengestützte Interviews durchgeführt

Die Gespräche wurden auf Tonträger aufgezeichnet und wortwörtlich transkribiert und anonymisiert.

### **Datenauswertung**

1. Teil: sekundärstatistische Analyse

2. Teil: Die Insassengespräche wurden induktiv unter der Anwendung der Methode der Grounded Theory ausgewertet.

Die Mitarbeitendengespräche wurden inhaltsanalytische, mit einem tendenziell stärker deduktiven Fokus ausgewertet.

Die Gespräche wurden laufend ausgewertet.

### **Ergebnisse**

Sekundärstatistische Analyse: Werden beschrieben: Wachstum zwischen 1984 und 2008 und Anzahl der Freiheitsstrafen nach Art der Strafe und Altersgruppe, sowie der mittlere Insassenbestand älterer Personen im Straf- und Massnahmenvollzug

Insassengespräche:

Delikt, Freiheitsentzug, Vollzugsverfahren: Durch die Einweisung in eine Strafvollzugsinstitution wird die Lebensplanung der Insassen durch die Trennung von der weiteren Welt unterbrochen.

Gesundheitliche Aspekte: Alle befragten Insassen haben kleinere bis grössere körperliche Einschränkungen. Zum Teil haben diese Einschränkungen Einfluss auf die Alltagserledigungen (Zelle räumen, Hygiene, Körperpflege) oder auf die Arbeitspflicht. Die infrastrukturellen Gegebenheiten beeinflussen diese alltäglichen Handlungsebenen (Fahrstuhl, Rollstuhlgängigkeit,...). Ein Grossteil der befragten Insassen ist diesbezüglich eingeschränkt oder auf Unterstützung angewiesen. Krankheitsbilder werden genannt.

Erzählte Biographie: spezifisches Dilemma bezüglich Selbstrepräsentation und Zukunftsperspektiven: zusätzlich zum biographischen Anspruch auch an Lösungen aktueller Probleme orientieren: wie Stigma eines Schuldigen, Schuld verarbeiten, der Hafterfahrung innerhalb der Biographie einen Platz geben, usw.

Leben vor der Inhaftierung: Die Beziehungen ausserhalb des Vollzugs werden als Teil des vorherigen und oft symbolisch als Teil des gesamten Lebens gepflegt und/oder sie orientieren sich in ihren Erzählungen immer wieder daran. Für alle befragten älteren Insassen haben ihre Ressourcen und Strategien bedeutenden Einfluss auf ihre Anpassungsleistung an die Haftbedingungen.

Kontakt mit anderen Insassen: Wenn überhaupt nur zu einzelnen Insassen, Meistens wird Kontakt zu gleichen Altersgruppen gepflegt. Die ältere Inhaftierte Männer bevorzugen es ihre Freizeit alleine zu verbringen (um ihre Ruhe zu haben).

Kontakt mit Vollzugsmitarbeitenden: Kontakte zu Mitarbeitenden sind bedeutungsvoller, aber auch abhängig von der Funktion.

4 Insassentypen werden identifiziert.

Der bemühte Bewahrer möchte seine bürgerliche Identität bewahren. Durch hohe Sozialkompetenz gekennzeichnet, geniesst Respekt und Akzeptanz innerhalb des Vollzugs. Verhältnis zu den Mitarbeitern weitgehend konfliktfrei, distanziert sich von der Insassengemeinschaft und pflegt seine Beziehungen ausserhalb des Vollzugs.

Der angepasste Neubeginner hat sämtliche Kontakte ausserhalb aktiv beendet oder sie wurden abgebrochen. Sieht die Haft als positiver Wendepunkt und hat

durch den Vollzug neue Kontakt entwickelt.

Der missverstandene Ausgeschlossene hat im Leben wenig gesellschaftliche Akzeptanz erfahren, hat eher zurückgezogen gelebt und hat häufig eine Affinität zu subkulturellen Gemeinschaften.

Der unauffällig Resignierte

Führt ein Leben mit multiplen Belastungen und Probleme (finanzielle, soziale und familiäre). Ist im Haftalltag eher unauffällig und hat mehrere oder mehrjährige Vollzugserfahrungen.

Mitarbeitendengespräche:

Struktureller Kontext aus Sicht der Mitarbeitenden

Strukturelle Kritik der Mitarbeitenden mit Fokus auf alte Insassen

Engagement/Erwartungen der Mitarbeitenden bezüglich alter Insassen

Grenzen/Enttäuschungen der Mitarbeitenden bezüglich alter Insassen

Rollen und Aufgabenwahrnehmung der Vollzugsmitarbeitenden

### **Schlussfolgerung**

Gegenüberstellung der Insassen- und Mitarbeitendengespräche

Die Mitarbeitenden nehmen sich als wichtige Bezugspersonen für den Insassen war, was aber von den Insassen nicht bestätigt wird.

Die Mitarbeitenden sprechen eher von einer Integration (gemischte Altersgruppen) und die Insassen eher von einer Separation (besondere Abteilung pro Altersgruppe).

Wahrnehmung der Mitarbeitenden bezüglich der vier Insassentypen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Ausblick

„Der Strafvollzug sollte sich auf die Zunahme alter Insassen einstellen.

Eine problemgerechte Unterbringung für alte Insassen ist in absehbarer Zeit notwendig.

Die Umgebungen sollten die Alltagsbewältigungen der alten Insassen nicht einschränken.

Die Separation alter Insassen wäre von Vorteil.

Die Vollzugsmitarbeitenden sollten im Hinblick auf die besonderen Anforderungen im Umgang mit älteren Insassen geschult sein.

Es erscheint notwendig, eine Tagesstruktur für Insassen einzurichten, die der geltenden Arbeitspflicht nicht mehr nachgehen können.

Der Pflege sozialer Kontakte alter Insassen nach draussen sollte gezielt unterstützt werden.“

<p><b>Condon, L., Hek, G. &amp; Harris, F. (2008). Choosing health in prison : Prisoners' views on making health choices in English prisons. <i>Health Education Journal</i>, 67(3), 155-166.</b></p>
<p><b>Ziel</b> Die Sicht der Gefangenen über Entscheidungen im Zusammenhang mit der Gesundheit untersuchen.</p>
<p><b>Theoretischer Rahmen</b> Health in Prisons Project wird beschrieben. Beschreibung der Gefängnispopulation und ihre Gesundheit. Beschrieben wie wenig bekannt ist, über wie die Entscheidungen der Insassen bezüglich ihrer Lebensart, Gesundheit. Wenig qualitative Forschung wird im Gefängnis durchgeführt = Lücke.</p>
<p><b>Stichprobe</b> 111 Gefangene, von denen 10 Frauen, 6 Männer über 60, 20 junge männliche Gefangene (16-20), 16 schwarze und aus ethnischen Minoritäten Die Studie wurde per Werbungsposter in den Gefängnissen vorgestellt und Teilnehmer wurden per Zufallsprinzip von der Liste der Freiwilligen gewählt.</p>
<p><b>Studiendesign</b> Qualitativ deskriptiv</p>
<p><b>Ethische Aspekte</b> Hat eine Bewilligung vom NHS Multi-Centre Research Ethics Committee und Research and Development Departments of relevant Primary Care Trusts erhalten. Schriftliche Zustimmung der Teilnehmer wurde eingeholt. Der Prozess der Anonymisierung wird nicht beschrieben, aber Codes wurden den Teilnehmern zugeteilt.</p>
<p><b>Datensammlung</b> (die Beschreibung der Datensammlung befindet sich in einem anderen Artikel, der den anderen Teil der Studie darstellt) Halbstrukturierte Interviews wurden mit 111 Gefangenen individuell durch je zwei Forscher geführt. Teil: Die Sicht der Gefangenen über die Gesundheitsfürsorge im Gefängnis (andere Studie) Teil: Eigene Gesundheitsentscheidungen während der Haft Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert.</p>
<p><b>Analyse der Daten</b> Die Daten wurden thematisch analysiert.</p>
<p><b>Ergebnisse</b> Die Anzahl der Menschen die rauchen reduzieren: Rauchen ist eine Copingsstrategie mit dem Gefängnisleben Die Inhaftierung bedeutet für viele die Möglichkeit Zugang zu Rauch-Aufhören Programme und Nicotine Patches zu erhalten Lange Wartelisten für die Rauch-Stop-Programme Passives Rauchen = Problem für nicht Raucher, besonders wenn in Zelle mit Raucher  Übergewicht reduzieren und Ernährung verbessern: Für die mit einem chaotischen Leben ausserhalb war Gefängnisnahrung</p>

mindestens regelmässig und vorhanden

Nicht alle Gefangene fühlten sich betroffen von gesundem Essen, sie wählten absichtlich Takeaway-Stil Essen und hatten nicht den Eindruck es würde ihre Gesundheit schaden

Gefangene die absichtlich gute Nahrung als Teil ihres Lebensstils wählten fanden die Anpassung ans Gefängnis besonders schwierig

**Ältere Gefangene ins besondere machten sich sorgen über die langfristigen Wirkungen einer schlechten (minderwertigen) Ernährung auf die Gesundheit wenn sie keinen Zugang zu gesunder Nahrung hatten**

Bewegung erhöhen

besonders junge Männer bewegten sich mehr im Gefängnis, oft weil im Gefängnis der einzige Moment war wo sie keine Drogen zu sich nahmen

Den Mangel an Voraussagbarkeit bezüglich Spaziergang fanden die Gefangenen besonders schwierig

Für viele war die Benutzung der Turnhalle/Fitnessraum eine Copingsstrategie

**In zwei Gefängnissen beschwerten sich die älteren Gefangenen, dass sie davon gehindert wurden die Turnhalle/Fitnesszentrum zu benutzen weil sie als nicht angemessen fit betrachtet wurden**

**Wo „Heilgymnastik“ für Gefangene mit Gesundheitsproblemen angeboten wurde, wurde eine grössere Teilnahme bei den älteren beschrieben**

Angemessenes trinken fördern und unterstützen

das Problem „trinken“ wird ungenügend angegangen beim Eintritt und es hat wenig vorhanden Dienste für Alkoholiker während und nach der Haft

weil keine Hilfe während wissen sie nicht ob sie nach Entlassung damit klarkommen werden

Verbesserung der sexuellen Gesundheit

Viele benutzten die Gelegenheit ihre sexuelle Gesundheit im Gefängnis anzugehen, z.B. durch Screenings

Eine mögliche Barriere war der häufige Mangel an Vertraulichkeit (offenes übergeben von Medikamenten, Anwesenheit von Wächtern bei Untersuchungen)

Verbesserung der psychischen Gesundheit

Beschreiben die Stressoren des Gefängnislebens: Risiko der Gewalt von anderen Gefangenen, „actual“ Gewalt, Trennung von Familie und Freunden, lange Zeitspannen in der Zelle

Viele Teilnehmer litten an Ängsten und Depression

Substanzmissbraucher fanden dass ihre psychischen Probleme nach dem Entzug wieder zum Vorschein kamen, was zu Selbstverletzung und Schwierigkeiten mit Coping führte

Es war nicht ungewöhnlich dass Gefangene das Leben im Gefängnis dem Leben aussen vorzogen

Überwältigend viele Gefangene beschrieben den Erhalt des Kontakts zu Familie und Freunden als den wichtigsten Faktor um die psychische Gesundheit zu erhalten

## **Diskussion**

die wo sich freiwillig gemeldet haben, hatten vielleicht ein grösseres Interesse

an Gesundheitsthemen, als die die nicht teilnehmen wollten

Die Fürsorge für die eigene Gesundheit während der Haft wird von Möglichkeiten und Grenzen gesunde Entscheidungen zu treffen beeinflusst

Die Wahrnehmung dieser Möglichkeiten und Grenzen ist bemerkenswert einheitlich

Die Möglichkeiten gesunde Wahlen zu treffen unterschieden sich je nach Gefängnis

Es erscheint eine grössere Bereitschaft dar zu sein Raucheinstellungsprogramme aufzuzwingen als aktive Massnahmen für gesünderes Essen anzuwenden

Ältere Personen erscheinen besonders vernachlässigt in Bezug auf Bewegung, ausser gezielte Massnahmen werden angeboten um den Einbezug zu erleichtern.

Grenzen bezüglich gesunde Wahlen liegen im Zusammenhang mit dem Mangel an Autonomie Gefangene erleben

Wenige beschrieben die Entwicklung von Gesundheitsverhalten, die sie die Absicht hatten bei Entlassung beizubehalten

### **Schlussfolgerung**

Wo Menschen nicht die Kontrolle über ihre Umgebung und ihre persönlichen Verhältnisse besitzen ist die Aufgabe gesunde Entscheidungen zu treffen herausfordernd.



<p><b>Deaton, D., Aday, RH &amp; Wahidin, A. (2009-2010). The effect of health and penal harm on aging female prisoners' views of dying in prison. <i>Omega</i>, 60(1), 51-70.</b></p>
<p><b>Ziel</b> Den Zusammenhang zwischen verschiedenen Gesundheitsvariablen und der Templer Death Anxiety Scale (TDAS) zu untersuchen.</p>
<p><b>Theoretischer Rahmen</b> Die Gefängnispopulation in den USA erlebt ein andauerndes Wachstum. 112 000 Frauen sind inhaftiert, unter denen 7000 die 50 Jahre oder älter sind. Wegen strengerer Strafregeleln befinden sich immer mehr Menschen in der Situation, dass sie im Gefängnis alt werden. Dies führt auch zu immer häufigeren Situationen des Lebensende im Gefängnis. In vielen Fällen wird auf die „barmherzige ärztliche Entlassung“ zurückgegriffen. Eine Literaturrecherche wird durchgeführt.</p>
<p><b>Population</b> Inhaftierte Frauen 50+ in 5 USA Staaten. Stichprobe 327 Frauen im Alter von 50 bis 78 Jahren in Institutionen von Arkansas, Georgia, Kentucky, Mississippi and Tennessee.</p>
<p><b>Studiendesign</b> Mixed Design: quantitativ deskriptiv und offene Fragen zur Sammlung qualitativer Daten.</p>
<p><b>Ethische Aspekte</b> Diese Studie hat den Standard Guidelines bezüglich Forschung im Gefängnis gefolgt. Sie bekamen Erlaubnis von dem University's Institutional Review Board und von den Department of Corrections von jedem Staat der teilnahm. Schriftliche Zustimmung der Teilnehmer wurde eingeholt. Die Anonymisierung der Daten wird nicht beschrieben.</p>
<p><b>Sammlung der Daten</b> Demographische Daten. (Es wird nicht beschrieben wie sie zu diesen kamen) Gesundheitsstatus anhand Likert Skala und anderen Checklisten Hopkins Symptom Checkliste Templer's Death Anxiety Scale (TDAS) Qualitative Daten anhand 4 offene Fragen bezüglich Sterben und älter werden im Gefängnis</p>
<p><b>Analyse der Daten</b> Der Prozess der Datenanalyse wird nicht beschrieben. Zum Teil werden statistische Verfahren gebraucht.</p>
<p><b>Ergebnisse</b> Indikatoren für Angst vor dem Tod Der Grad an Ausbildung der Insassen zeigt eine leichte gegenkorrelation mit Ängste vor dem Tod Insassen die sich physisch nicht wohl fühlten hatten höhere TDAS-Raten Angst und Depression waren positiv korreliert mit Angst vor dem Tod, sowie die Anzahl chronischer Krankheit und die Anzahl täglicher Medikamente Coping mit Ängste vor dem Tod Schreckliche Situation für die Familie.</p>

Keine Angst vor dem Tod, Angst vor dem Prozess des Sterbens Bedürfnis die Sicherheit zu haben, dass ihre nahen Freunde und Familie sie nicht verlassen werden, sie nicht alleine sterben lassen werden (17)

Mit anderen Insassen über ihre Gesundheitsstatus sprechen oder ihre Ängste und Sorgen bezüglich krank werden und im Gefängnis sterben mitteilen

Viele Frauen akzeptieren die Tatsache, dass der Tod jedem passiert

Glaube senkt Angst vor dem Tod.

Leben danach Copingsstrategie.

### **Schlussfolgerung**

Die Angst vor dem Tod von älteren Frauen im Gefängnis ist signifikant höher als die von anderen älteren Gruppen in der Gemeinschaft.

Angst krank zu werden im Gefängnis. Angst, dass das Gefängnispersonal medizinische Dienste vorenthaltet. Angst an einem schmerzvollen Tod zu sterben.

Mangel an Gesundheitsfürsorge beeinflusst die Ängste vor dem Tod.

Das Leben in harten Gefängnisumgebungen mit wenig Kontrolle über die eigene Gesundheit dient nur zur Erhöhung von Ängsten bezüglich Sterben im Gefängnis. (22)

Das Gefängnissystem fügt unnötigen Schmerz und Traumata zu durch ein Mangel an Fürsorge, Mitleid, Würde und Menschlichkeit. (22)

Mangel an Copingsmechanismen.

Einzigartige Gesundheitsmerkmale dieser Population.

<b>Fazel, S., Hope, T., O'Donel, i. &amp; Jacoby, R. (2004). Unmet treatment needs of older prisoners : a primary care Survey. <i>Age and Ageing</i>, 33, 396-398.</b>
<b>Ziel</b> Einen Aspekt der unbedeckten Bedürfnisse von älteren Gefangenen identifizieren, durch Vergleich der dokumentierten Krankheiten und der verordneten Medikamentenbehandlungen.
<b>Theoretischer Rahmen</b> Der Kontext wird anhand Fachliteratur beschrieben.
<b>Stichprobe</b> 203 verurteilte Gefangene im Alter von 60 Jahren und mehr in 15 Gefängnissen in England und Wales. Alle Gefangenen 60+ (233) wurden angesprochen und informiert dass die Umfrage vertraulich und freiwillig ist
<b>Studiendesign</b> Quantitativ deskriptiv
<b>Ethische Aspekte</b> Die Schriftliche Zustimmung wurde vor den Interviews erhalten. Das Projekt wurde vom Prison Health Service Research Ethics Committee bewilligt. Die Anonymisierung der Daten wird nicht beschrieben.
<b>Sammlung der Daten</b> Demographische Informationen wurden von jedem Individuum durch halbstrukturierte Interviews gesammelt. Daten bezüglich Gesundheitsprobleme wurden anhand des Schemas von <i>Burvill et al.</i> gesammelt. Alle schriftlichen Eingaben (Eintrittsscreening, Briefe in den Akten) wurden gelesen um diese Information zu erhalten. Psychiatrische Erkrankungen wurden zusätzlich eingeschätzt durch halbstrukturierte standardisierte Interviews (Geriatric Mental State (GMS)). Informationen über gegenwärtige Medikation wurden den aktuellen Verordnungslisten entnommen.
<b>Analyse der Daten</b> Behandlungsbedürfnisse wurden durch Vergleichung der aufgezeichneten medizinischen Probleme mit der verordneten Medikation gesammelt.
<b>Resultate</b> 203 von 233 Männern wurden interviewt. = 19% der englischen und welschen verurteilten männlichen 60+ Population. Die Charakteristiken der Stichprobe waren nicht signifikant unterschiedlich von der totalen Population bezüglich Haftdauer, Art der Straftat, Art des Gefängnisses und ethnische Herkunft. Mittelalter 66 Jahre. 77% dieser Gefangenen bekamen Medikamente verordnet. Die am meisten verordneten Medikamente: Herz-Kreislauf 35%, Skelett- und Muskeln 28%, Magen-Darm 21%. Dann wurde die verordnete Medikation mit der dokumentierten Krankheit verglichen. 85% der Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankung bekamen, 78% die endokrinen Erkrankungen, 65% Skelett- und Muskelerkrankungen bekamen Medikamente für diese Systeme verordnet. Nur 18% mit dokumentierten psychischen Erkrankungen erhielten

psychotrop Arznei.

### **Diskussion**

Bedürfnisse bezüglich Herzkreislauf, endokrine und respiratorische Arznei wurden grossenteils gedeckt. Psychiatrische nicht.

Diese Studie war nicht in der Lage, den vollen Ausmass der nicht gedeckten Behandlungsbedürfnisse, einzuschätzen. Die Krankheiten wurden anhand der medizinischen Daten/Akten gesammelt. Es wird davon ausgegangen, dass diese die Krankheit unterschätzen.

Dazu erfasste diese Studie Behandlung nur aus Sicht der Medikation.

Trotzdem stellt dieser Bericht Informationen zu einem potentiellen wichtigen Aspekt der Behandlung von älteren Insassen zur Verfügung, eine Intervention die leicht implementiert werden kann.

Alle Gefängnisgesundheitsfürsorgezentren müssen ihre ältere Population im Licht des National Service Framework überblicken um einzuschätzen wie diese und andere Standards in der Gefängnisumgebung erreicht werden können.

### **Schlussfolgerung**

Einfache Besserungen, wie die medizinischen Akten von Gefangenen prüfen und besondere Aufmerksamkeit der Angemessenheit der gegenwärtigen Medikation könnten die Lebensqualität einer Gruppe von Gefangenen mit wenig bekannten Bedürfnissen verbessern.

Zukünftige Studien könnten die Wirksamkeit von möglichen Interventionen bezüglich dieses Problems untersuchen.

<p><b>Grimbert, I., Demichelis, F. &amp; Benoit, A. (2011). <i>Etude des besoins des détenus âgés et/ou handicapés en Basse-Normandie</i>. Hérouville-Saint-Clair: Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie.</b></p>
<p><b>Ziele</b>  den Gesundheits- und Abhängigkeitszustand von älteren und behinderten Gefangenen analysieren  die aktuellen Probleme in der Betreuung von älteren abhängigen inhaftierten Personen und erwachsenen behinderten Personen in der Basse-Normandie beschreiben  die notwendigen menschlichen und materiellen Ressourcen für die Betreuung analysieren  ein Bild über das Älterwerden der Gefängnispopulation der Basse-Normandie verschaffen</p>
<p><b>Theoretischer Rahmen</b>  Beschreibung der 6 Freiheitsentzugsanstalten der Basse-Normandie.  Organisation der medizinischen Betreuung der Gefangenen dieser Region.  Elemente bezüglich der Gesundheit der Gefangenen dieser Gegend.</p>
<p><b>Population/Stichprobe</b>  Im Gefängnis arbeitende Berufsgruppen: Einrichtungsdirektoren oder ihre Stellvertreter – Direktoren der Gefängnisdienste für Integration und Probezeit (Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation) – die Chefarzte oder andere Ärzte der UCSA (Unité de Consultation et Soins Ambulatoires) und Führungskräfte aus der Pflege – eine Führungskraft der Pflege des SMPR (Service Médico-Psychologique Régional)</p> <p>Gefangenen: 60+ Jahre, 20-59 Jahre mit AAH (Allocation Adulte Handicapé) und/oder mit vom Haus der Behinderung (Maison du Handicap) erkanntem Behinderungsgrad oder in einer Kategorie der Invalidität von der Sozialsicherheit.</p> <p>139 Gefangene entsprachen den Kriterien, 128 wurden interviewt, die anderen wurden wegen diversen Gründen (beschrieben) nicht gesehen. 73 ältere Gefangene waren 60+ Jahre alt und 40 waren behindert, 15 gehörten in beide Kategorien.</p> <p>Bei den älteren Gefangenen handelt es sich nur um Männer, das Mittelalter ist 65 Jahre, die Hälfte der 88 älteren Gefangenen sind zwischen 60 und 65 Jahre alt. 15 Gefangene über 60 Jahre weisen eine Behinderung auf.</p> <p>96% der behinderten Gefangenen sind Männer, 4% Frauen (2). Mittelalter 49 Jahre.</p>
<p><b>Studiendesign</b>  Halb-strukturiert Interviews mit Professionellen  Strukturierte Interviews mit Gefangenen + eine offene Frage</p>
<p><b>Ethische Aspekte</b>  Jeder Gefangene wurde vor dem Interview informiert, meistens schriftlich oder auch mündlich. Sie waren frei nicht teilzunehmen. Keine schriftliche Zustimmung wurde eingeholt. Die Daten wurden anonymisiert. Die Forschungsinstrumente wurden von einem wissenschaftlichen Rat validiert.</p>
<p><b>Sammlung der Daten</b></p>

Halb-strukturierte Interviews mit den verschiedenen Berufsgruppen die im Gefängnis tätig sind  
 Die verschiedenen Personen wurden über zentrale Organe kontaktiert.  
 Die Fragen bezogen sich hauptsächlich auf die Schwierigkeiten bei der Betreuung und die eventuellen Bedürfnissen bezüglich älteren und/oder behinderten Gefangene.  
 Face-to-face strukturiertes Interviews, basierend auf ein Fragebogen, mit den betroffenen Gefangenen  
 Die Interviews wurden zuerst auf Zeit und Genauigkeit der Fragen bei 5 Gefangenen getestet.  
 Der Fragebogen beinhaltet verschiedene Abschnitte: eine allgemeine Datensammlung – eine medizinische Datensammlung – eine Einschätzung des Autonomieverlusts anhand der AGGIR (Autonomie G rontologique Groupe Iso-Ressources) – ein „freier“ Teil für eventuelle Bemerkungen.  
 AGGIR wird beschrieben.  
 Die Informationen wurden ebenfalls in der Patientenakte überprüft oder gesucht.

### **Analyse der Daten**

Die Daten wurden kodifiziert und anonymisiert. Sie wurden mit dem Software SPAD analysiert. Der weitere Vorgang wird nicht beschrieben.

### **Ergebnisse**

18 Interviews wurden in den 6 verschiedenen Freiheitsentzuganstalten mit verschiedenen dort arbeitenden Berufsgruppen durchgeführt.  
 Die Wahrnehmung der verschiedenen Teilnehmer wird per Anstalt wiedergegeben.  
 Angetroffene Probleme in der Betreuung  
 Einrichtung der Räume und Zugänglichkeit  
 Medizinische und paramedizinische Betreuung:  
 Funktionsstörungen in der Betreuung:  
 Die Schwierigkeiten bei medizinischen Extraktionen (provisorischer Ausgang aus medizinischen oder juristischem Grund)  
 Schwierigkeiten bei Krankenhaus Aufenthalte für Gefangenen  
 Mangel an manchen paramedizinischen Berufsgruppen/sehr hoher Arbeitsrhythmus für Andere (Pfleger)  
 Das Problem der Fortsetzung der Pflege (Wochenende, Nacht)  
 Geräte und technische Hilfen  
 Die Kommunikation zwischen der UCSA und dem Referenz-Krankenhaus  
 Regelmässiges vergessen Anträge für die ALD (Affection de Longue Durée) zu machen  
 Menschliche Hilfen ausserhalb der Pflege:  
 Medizinisch-psychologische Hilfe  
 Mitgefangener  
 Wächter  
 Recht auf Schutz der physischen und psychischen Integrität: Schutz vor der Gewalt von Anderen.  
 Oft behaupten die Professionellen, dass ältere/behinderte Menschen, der Gewalt von Anderen mehr ausgesetzt sind.  
 Recht auf Arbeit, Unterricht und Ausbildung.  
 Aus verschiedenen Gründen scheint der Zugang zu Arbeit schwieriger, sogar unmöglich für ältere und/oder behinderte Gefangene.

Recht auf sozio-educative und sportliche Aktivitäten

Finanzielle Hilfen

Andere Probleme

Vorbereitung auf den Austritt

scheint für die Untersuchungshaft wenig problematisch zu sein: kurzer Aufenthalt, soziale Struktur gut anwesend

Schwierigkeiten wenn ein Platz im Altersheim gesucht werden muss (lange Wartelisten, gleicher Zeitpunkt Austritt-Platz frei = sehr gering,...)

Nach einem Aufenthalt im Strafvollzug: schwieriger, weil das familiäre Netzwerk oft zerstört ist, während der Ferne ist manchmal der Draht zur ganzen Herkunftsgegend verloren gegangen

Haftaufhebung aus medizinischen Gründen (Lebensende z.B.): braucht eine Empfangsstruktur

Strafgestaltung (Aménagement de peine)

konditionelle Befreiung

externe Plazierung

Halb-Freiheit

Plazierung unter elektronischer Bewachung

Die besondere Frage des psychischen Handicaps

Praktische und rechtliche Schwierigkeiten sind vorhanden

### **Wahrnehmung der physischen und psychischen Gesundheit**

Ältere Gefangene:

57% haben eine gute Wahrnehmung ihrer Gesundheit

43% äussern einen weniger guten Gesundheitszustand, von diesen sagen 15% sie hätten einen schlechten Gesundheitszustand

10% nehmen sich als perfekt gesund war

26% fühlen sich oft deprimiert, manche sogar jeden Tag

36% spricht von einem akuten Gesundheitszustand

Behinderte Gefangene (BG)

Die medizinische, chirurgische und psychiatrische Krankengeschichte (anhand der Aussage der Gefangenen während des Interviews, mit den Akten im Nachhinein ergänzt)

Ältere Gefangene: (Tabelle)

Rhumatoïde und Magen-Darm Krankheiten sind die häufigsten

Hoher Blutdruck betrifft 1/3 von ihnen, Diabetes 17%

Herzerkrankungen ischämischer Ursache betreffen die Hälfte der älteren Gefangenen die eine Herz-Kreislauf Kh aufweisen (25% → 12.5%)

Verschlechterung der Kapazitäten: 15% motorische Schwierigkeiten oder Folgen, 9% sensorischer Defizit, 1% Gedächtnis- oder kognitive Störung

4 Gefangene haben einen Suizidversuch, 9 weisen psychiatrische Störungen auf

Medikamentöse Behandlung

Ältere Gefangene

80% haben eine medikamentöse Behandlung

Schmerz-Management

Ältere Gefangene

59% äussern physische Schmerzen: 65% niedrig bis mittel, 35% stark bis unerträglich

39% von denen die Schmerzen empfinden erhalten keine Analgetika

Behandlung (5 EVA zwischen 7-10) S.67

(Substanz-) Abhängigkeitsverhalten

Fragen über den Konsum vor Inhaftierung (da Drogen und Alkohol im Gefängnis nicht vorhanden sind) Pffff, who believes that?

*Alkohol*

Ältere Gefangene

38% gibt einen regelmässigen Alkoholkonsum vor Inhaftierung an: Mittelwert Alkoholgläser/Tag: 9.5, Minimum 1, Maximum 60.

14 weisen ein Risikogebrauch vor (>5 Gläser pro Tag)

*Tabac* (nicht verboten)

AG 35% regelmässige Raucher

*Drogen*

AG: nur 1 gibt einen regelmässigen Drogenkonsum vor Inhaftierung an: 4 verschiedenen Produkte (Cannabis, Kokain, Halluzinogene, Ecstasy)

In Anspruchnahme der Pflege in den letzten 12 Monaten vor Studie-Datum

Nur die Gefangenen die schon ein Jahr da sind.

AG (77)

92% haben einen Generalisten Sprechstunde gehabt, 27% einen Psychiater, 40% einen Psychologen

Die meisten (88%) wurden von der Pflege gesehen und die Hälfte von ihnen jede Woche oder jeden Tag

Analyse der Resultate der AGGIR-Tabelle

Kein Gefangener befindet sich in GIR 1

Einer befindet sich in GIR 2, er ist 70 Jahre alt, hat keine anerkannte Behinderung, erhält Hilfe für die ATL's von einer medizinischen-psychologischen Hilfe für die Körperpflege und von einem Mitgefangenen für die Reinigung der Zelle

Zwei befinden sich in GIR 3: 1 66 Jahre mit Behinderung, 1 75 Jahre ohne Behinderung

5 in GIR 4

7 in GIR 5

113 in GIR 6 (88%): Zeigt dass ein grosser Teil der älteren Gefangenen keinen Autonomie Verlust und in der Lage sind die ATL's alleine durchzuführen

Analyse der unbedeckten Bedürfnisse

Die Gefangenen wurden gefragt ob sie besondere materielle oder Einrichtungs-Bedürfnisse haben um motorische Schwierigkeiten auszugleichen.

12 haben Bedürfnisse geäussert

Bänke in dem Spazierganghof

Rampen in den Treppen

Bessere Einrichtung der Duschen (Sitz und Fuss-Entlastung)

Alarmsystem neben dem Bett

Medizinische Matratze

Gemütlichere Sitze

Korrespondenzanalyse der wahrgenommenen Gesundheit

Die ältesten Gefangenen sind nicht systematisch die mit einem schlechten Gesundheitszustand.

Diverse Bemerkungen der Gefangenen

Vorstellung von 3 konkreten Fällen

Präventionshandlungen

Blick in die Zukunft und Älterung der Gefängnispopulation



## **Diskussion**

Kritik der Methodologie

Grenzen in der Erkennung der passenden Personen bezüglich Behinderung für die Studie

Die Qualität der Interviews war manchmal weniger gut wegen verschiedenen unvermeidlichen Grenzen im Zusammenhang mit dem Gefängnismilieu

Frühere Information an die verschiedenen Berufsgruppen

Skeptische Professionelle bezüglich der Betreuung von Abhängigkeit/Unselbstständigkeit im Gefängnis

Räumlichkeiten nicht angepasst

Zugang zu Gesundheitsfürsorge erscheint befriedigend, fast gleichzustellen mit dem einer freien Person

Öfters Opfer der Gewalt von Anderen, weniger einfacher Zugang zu Arbeit und soziokulturellen Aktivitäten, Schwierigkeiten einen Aufnahmeort bei Entlassung zu finden, schwieriger eine Strafgestaltung zu erhalten

Schwierige Betreuung von psychisch abhängigen Menschen

Ältere Gefangene die eine gute Wahrnehmung ihrer Gesundheit haben

das Problem scheint nicht das der Älterung zu sein, sondern der Behinderung

Eine unvermeidliche Älterung der Gefängnispopulation

die Älterung der Gefängnispopulation folgt den Älterungstendenzen der Regionalbevölkerung

## **Schlussfolgerung**

Empfehlungen

Infrastruktur/Räumlichkeiten

Kurzfristig: Einfache Einrichtungen durchführen (Rampen, Griffe, Bänke, Anti-Rutsch Boden in den Duschen)

Mittelfristig: Eine Zelle für behinderte oder abhängige Personen adaptieren oder schaffen

Längerfristig: Eine Abteilung für ältere abhängige Gefangene schaffen

Andere

Strafgestaltung erleichtern

Den Zugang von Drittpersonen (medizinisch-psychologische Hilfen) erleichtern

Den Sozialarbeitern SPIP Informationen abgeben und Weiterbildungen anbieten

Einrichtungen wie PIDO (Point d'information de diagnostic et d'orientation) entwickeln

Die Beziehungen zwischen den verschiedenen Partnern stärken

Die Anzahl der Suizide im Gefängnis verringern

<p><b>Harris, F., Hek, G. &amp; Condon, L. (2006). Health needs of prisoners in England and Wales : the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity. <i>Health and Social Care in the Community</i> 15 (1), 56-66.</b></p>
<p><b>Ziel:</b> Evidenz für gesundheitfürsorgliche Bedürfnisse von Gefangenen in Bezug zu Geschlecht, Alter und ethnische Gruppe.</p>
<p><b>Theoretischer Rahmen</b>  Die Mehrheit der Gefangenen in England und Wales sind männlich und jung. In dem letzten Jahrzehnt hat es eine bedeutende Erhöhung der Anzahl von jungen Frauen und älteren Menschen gegeben die ins Gefängnis eintreten und eine Strafe erhalten. Es gibt auch eine Erhöhung von Gefangenen aus ethnischen Minoritäten. Es wird erkannt, dass Frauen, junge Gefangene und ältere Gefangene andere Gesundheitsbedürfnisse haben als die als die typischerweise erwachsene männliche Gefängnisbevölkerung.  Frühere Reviews werden beschrieben.</p>
<p><b>Stichprobe</b>  Regierungs- und Gefängnisdienstberichte und Richtlinien, Diskursive und Meinungsarbeiten. Weniger Forschungsarbeiten: 2 grosse Untersuchungen des Amts für nationale Statistik und des Amts für Bevölkerungszählung, sonst gab es wenig qualitative und quantitative Forschung. Die Anzahl der verwendeten Arbeiten ist unbekannt.</p>
<p><b>Studiendesign</b>  Literaturrecherche: nicht nur Forschungen.</p>
<p><b>Suchvorgang</b>  Opportunistische Suche von Webseiten und Schlüsselquellen, benutzt als Quellen vor der Computer Datenbank Suche, 17 Datenbanken mit Suchbegriffen Kombinationen</p>
<p><b>Bewertung der Studien</b>  Zwei Forscher bewerteten Artikel bezüglich Qualität von Forschungs- und nicht Forschungsliteratur  Alle befürworteten Artikel wurden von einem dritten Forscher überprüft.  Ein-/Ausschlusskriterien werden vorgestellt, sowie Beurteilungsbogen.</p>
<p><b>Ergebnisse</b>  Gesundheitsbedürfnisse von Gefangenen  Gesundheitsbedürfnisse von Frauen im Gefängnis  Sozialer Ausschluss von Frauen im Gefängnis  Risikoverhalten von Frauen im Gefängnis  Physische und psychische Gesundheitsbedürfnisse von Frauen im Gefängnis  Gesundheitsbedürfnisse von jungen Gefangenen  Sozialer Ausschluss von jungen Gefangenen  Risikoverhalten von jungen Gefangenen  Physische und psychische Bedürfnisse von jungen Gefangenen  <b>Gesundheitsbedürfnisse von älteren Gefangenen</b>  <b>Physische und psychische Bedürfnisse von älteren Gefangenen</b>  Gesundheitsbedürfnisse von Gefangenen aus ethnischen Minoritäten  Sozialer Ausschluss von Gefangenen aus ethnischen Minoritäten  Risikoverhalten von Gefangenen aus ethnischen Minoritäten  Physische und psychische Bedürfnisse von Gefangenen aus ethnischen Minoritäten</p>

## Gesundheitsbedürfnisse von foreign nationals

### **Diskussion**

Auswirkungen für die Gesundheitsfürsorge im Gefängnis: Frauen, junge Gefangen, ältere Gefangene und Gefangene aus ethnischen Minoritäten haben grössere oder spezifischere Gesundheitsbedürfnisse denn die allgemein Gefängnisbevölkerung.

Dazu nehmen diese Gruppen schnell zu, deswegen ist es wichtig ihre Gesundheitsbedürfnisse zu erkennen und darauf wirksam einzugehen.

Frauen im Gefängnis stellen eine besondere Herausforderung besonders bezüglich ihren hohen psychischen Gesundheitsbedürfnissen die in wenig Zeit berücksichtigt werden müssen (kurze Strafen).

Die hohen psychischen Gesundheitsbedürfnisse von jungen inhaftierten (besonders weibliche) und die hohen Risikoverhalten Raten verlangen besondere Aufmerksamkeit.

**Ältere Gefangene verlangen besondere Dienstleistungen bezüglich ihren hohen Raten an physischen und psychischen Gesundheitsbedürfnissen.**

Die Bedürfnisse von ethnischen Minderheiten sind fern von klar identifiziert, weitere Untersuchungen sind notwendig. Dennoch haben sie eindeutige Behandlungsbedarf bezüglich Risikoverhalten: Substanzmissbrauch.

### **Schlussfolgerung**

Eine besonders untererforschtes Gebiet bleiben die sexuellen Gesundheitsverhalten und die Häufigkeit von sexuell übertragbaren Krankheiten bei Frauen im Gefängnis und Gefangene aus ethnischen Minderheiten.

Andere identifizierte Lücken sind generell die physischen Gesundheitsbedürfnisse von Frauen und jungen Gefangenen.

Forschung die gesundheitsfürsorgliche Interventionen evaluiert ist nötig und Forschung die nach der Sicht von Gefangenen aus ethnischen Minderheiten sucht würde nützlich sein um Lücken zu identifizieren.

**Loeb, SJ, Steffensmeier, D. & Lawrence, F. (2008). Comparing Incarcerated and community-dwelling older men's health. *Western Journal of Nursing Research*, 30 (2), 234-249.**

**Ziel**

Die Selbstwirksamkeit für Gesundheitshandhabung, gesundheitsförderliche Verhalten und Gesundheitszustand von inhaftierten und in der Gemeinschaft lebenden alten Männer vergleichen.

Sie untersuchen die meisterwähnten Hindernisse zu und erhoffte Vorteile von Gesundheitsverhalten in älteren Männern im Gefängnis und in der Gemeinschaft.

**Ausgangslage**

Insassen wie die Allgemeinbevölkerung leben länger. Ältere Gefangene sind die schnellstwachsende Gruppe in U.S. Gefängnissen heute. Veränderungen in Gesetze führen zu längeren Strafen und einen restriktiveren Umgang mit Bewährung. Der Gesundheitszustand dieser Bevölkerung wird als viel schlechter eingeschätzt als die desselben Alters in der Gemeinschaft. Gesundheitsungleichheiten bei Insassen werden zu Grunde liegende sozioökonomische Faktoren zugeordnet. Ältere gefangene Männer sind eine besondere Angelegenheit, weil Männer 90% der Gefängnispopulation bilden und Männer im allgemein weniger wahrscheinlich sind, an gesundheitssuchende Verhalten teilzunehmen und öfters eine schlechtere Gesundheit aufweisen als Frauen. Auch wenn eine erhebliche und wachsende Literatur sich im Bereich der Bedürfnisse von älteren Menschen in der Allgemeinbevölkerung entwickelt hat, gibt es wenig empirisches Wissen über die Gesundheit, das Wohlbefinden oder die Bedürfnisse von älteren inhaftierten Menschen.

Alte Insassen schätzen typischerweise ihre Gesundheit als mittelmässig bis schlecht/sehr schlecht auch wenn einige andere Studien positivere Ergebnisse bringen. Es gibt widersprüchliche Ergebnisse bezüglich Verbesserung oder Verschlechterung der Gesundheit der Insassen während der Haft.

Das biologische Alter von älteren Insassen wird 10-15 Jahre älter als das chronologische Alter eingeschätzt. Ältere Gefangene gehören zu den Hauptverbraucher der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis. Ungefähr 85% der älteren Insassen erleben Komorbidität.

Der Schwerpunkt der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis liegt weiterhin vorwiegend auf der Seite der medizinischen Versorgung des Versorgung-und-Nachfrage Gleichgewichts.

**Konzepte**

Die sozial kognitive Theorie von Bandura war der führende Rahmen. Sie nimmt Selbstwirksamkeit als eine gut Medizin an und leitet den Schwerpunkt der Pflege auf Lösungen auf der Nachfrage-Seite.

Selbstwirksamkeit ist der Kern der sozialkognitiven Theorie und wird definiert als das Vertrauen eines Individuums in seine/ihre eigenen Fähigkeiten die Motivation, kognitive Ressourcen und Aktionspläne zu mobilisieren die nötig sind um Kontrolle über die Ereignisse seines/ihres Lebens auszuüben.

**Stichprobe**

51 inhaftierte und 33 in der Gemeinschaft lebende Männer (50 und älter)

<p>Ältere Insassen wurden operationalisiert als jeder der 50 oder älter ist.  Die Insassen wurden in einem minimum-security rekrutiert.  Die aus der Gemeinschaft wurden in 3 Senioren Zentren rekrutiert.  Einschlusskriterien waren: männlich – 50+ - versteht und spricht Englisch.  Jeder Insasse der die Forscher traf akzeptierte teilzunehmen.  Werbung wurde in den Senioren Zentren verteilt und Interessiert meldeten sich an.</p>
<p><b>Studiendesign</b>  Quantitative Studie : Deskriptiv komparative überprüfende Studie</p>
<p><b>Ethische Aspekte</b>  Zustimmung für die Studie wurde von dem university institutional review board, dem state department of correction's research review committee und die Direktoren der drei Senioren Zentren.  Besondere Richtlinien für Forschung im Gefängnis wurden gefolgt.  Jeder mögliche Teilnehmer erhielt ein informiertes Zustimmungsfomular welches ihm laut vorgelesen wurde. Die Insassen wurden informiert dass weder Teilnahme noch nicht-Teilnahme einen Einfluss auf zukünftige Bewährungsentscheidungen haben würden. Die aus der Gemeinschaft erhielten eine kurze mündlich Beschreibung der Art der Fragen und eine Kopie des Fragebogens.  Die Anonymisierung der Daten wird nicht zusätzlich beschrieben.</p>
<p><b>Führende Hypothese</b>  Im Verhältnis zu alten Männern die in der Gemeinschaft leben werden ältere männliche Insassen weniger Selbstwirksamkeit für Gesundheitsverwaltung berichten, werden sich an weniger gesundheitsfördernde Verhalten beteiligen, an weniger Gesundheitsprogramme teilnehmen und tiefere selbsteingeschätzte Gesundheit haben.</p>
<p><b>Sammlung der Daten</b>  Die Hauptvariablen waren Selbstwirksamkeit für Gesundheitsverwaltung, wahrgenommen Hindernisse zu Gesundheitsverhalten, erhoffte Vorteile der Gesundheitsverhalten, gesundheitsfördernde Verhalten und Gesundheitszustand.  Diese Begriffe werden operationalisiert.</p> <p>Die Interviews wurden eins-zu-eins durchgeführt, im no-contact Raum für die Gefangenen (die Wächter verliessen den Raum vor Beginn des Interviews), alle Elemente des Fragebogens wurden jedem Teilnehmer laut vorgelesen und Antworten wurden sofort durch den Forscher auf einen durch Maschine lesbaren Fragebogen transkribiert in einem privaten Raum. (Fleish-Kinkaid Lesbarkeitsniveau für den Fragebogen ist 8.8)  Für die in der Gemeinschaft wurden die eins-zu-eins Interviews in einem privaten Raum durchgeführt. Die Elemente wurden laut vorgelesen und die Antworten wurden in das Maschine lesbare Fragebogen transkribiert.</p> <p>Instrumente  Older men's health programm and screening inventory  Health promotion activities of older adults measure  Selbstwirksamkeit für Gesundheitsmanagement</p>
<p><b>Analyse der Daten</b>  Die Daten wurden in SPSS 11.0 eingeben. Häufigkeitsverteilung und</p>

deskriptive Statistik wurden berechnet um die Stichprobe zu beschreiben, mitsamt der wahrgenommenen Hindernisse und erhofften Vorteile. Unabhängige  $t$  tests wurden durchgeführt um die Hypothesen anzugehen. Es wurde auf keine fehlenden Daten gestossen.

### **Resultate**

Die Insassen und die älteren Männer aus der Gemeinschaft unterschieden sich in Häufigkeit der erlebten Hindernisse wie in den Arten der erlebten Hindernisse.

Hauptergebnisse bezüglich Hindernisse:

die Mehrheit der älteren Männer in der Gesellschaft berichteten von keinen Hindernissen im Verhältnis zu weniger als 1/5 der älteren Insassen die keine Hindernisse zu Gesundheitsverhalten erlebten

Der Mittelwert von Hindernissen für Insassen = 1.59 im Verhältnis zu 1.15 für die in der Gemeinschaft

Häufigstes Hindernis für Insassen: sie wussten nicht dass irgendein Programm oder Screening verfügbar ist, für die in der Gemeinschaft war es der Mangel an Interesse

Bezüglich erhoffte Vorteile von Gesundheitsverhalten antworteten beide Gruppen dass sie sich an Gesundheitsverhalten beteiligten um sich gesunder zu fühlen.

Die verschiedenen Antworten werden in Tabelle 2 auf Seite 243 detailliert.

Hauptergebnisse bezüglich der Messung von Selbstwirksamkeit für Gesundheitsmanagement, Teilnahme an Gesundheitsprogramme, Teilnahme an gesundheitsfördernde Verhalten, selbsteingeschätzte Gesundheit und Anzahl der Gesundheitsbeschwerden.

Männer in der Gemeinschaft erzielten gering mehr Punkte als alte Insassen bezüglich Selbstwirksamkeit (nicht signifikant  $t(82) = 1.872, p = .065$ ) → 1. Hypothese nicht bestätigt

Signifikant höhere gesamte Gesundheitsfördernde Punkte wurden in der Gruppe in der Gemeinschaft gefunden ( $t(82) = 3.176, p < .01$ )

Teilnahme an gesundheitsfördernde Programme war signifikant höher in der Gemeinschaft ( $t(82) = 2.389, p < .05$ )

Letzte Hypothese bezüglich schlechtere Gesundheitseinschätzung nicht bestätigt ( $p < .05$ ) Dennoch sind beträchtliche Unterschiede im Gesundheitsstatus offensichtlich wegen den dramatischen durchschnittlichen 15-Jahre Unterschied zwischen Gefangene und ältere Männer in der Gemeinschaft.

Für die Insassen: Sehstörungen am Häufigsten, dann hoher Cholesterol und/oder Tryglyceride, Arthritis und hoher Blutdruck.

Für die in der Gemeinschaft: Sehstörungen auch am Häufigsten, dann hoher Blutdruck, hoher Cholesterol und/oder Tryglyceride und Arthritis

### **Diskussion**

Zwei wichtige Beiträge:

wir bieten einen theoretischen Rahmen an um die Gesundheit von älteren Insassen zu studieren

wir bieten einen Vergleich zwischen den Gesundheitsüberzeugungen, Verhalten und Status von älteren Insassen und älteren Männern in der Gemeinschaft was Evidenz bieten dass wir nicht annehmen können, dass das was wir über ältere Männer in der Gemeinschaft direkt auf ältere Männer im Gefängnis übertragbar ist.

Gefangene erleben häufiger Hindernisse und eine unterschiedliche Verteilung dieser Hindernisse, sie nehmen an weniger gesundheitsfördernde und Gesundheitsprogramme teil. Eine besondere Sorge bietet der Mangel an Bekanntheit der Programmverfügung weil es das häufigste gemeldete Hindernis ist und es andeutet das besondere Programmbezogene Bedürfnisse von älteren Insassen oft unbefriedigt sind. Eine bessere Kommunikation im Gefängnis bezüglich zugänglichen Programmen ist offensichtlich notwendig. Strategien um ältere Insassen zu unterstützen in der Überwindung von Wissensmangel, Sinnlosigkeitsgefühle und ungenügende Motivation für Gesundheitsverhalten ist kritisch wichtig.

Ähnlichkeiten in den ersehnten Vorteile von Gesundheitsverhalten lassen sich interpretieren dass ältere Insassen wenn sie die Möglichkeit erhalten die kognitiven und persönlichen Faktoren haben die es braucht um an Gesundheitsverhalten teilzunehmen.

Die viel höhere Teilnahme an gesundheitsfördernden Verhalten der älteren Männer in der Gemeinschaft können zum Teil von den weniger Möglichkeiten und die beschränkte Freiheit die Insassen haben kommen, eher als wenig Bedeutung von Gesundheit. Wegen Hintergrundfaktoren weniger gut vorbereitet Gesundheitsinformationen in ihr tägliches Leben einzubauen.

Zukünftige Forschung

Forscher sollten berücksichtigen die Stanford Chronic Disease Self-Efficacy Scale anzuwenden

Wächter befragen bezüglich Programme für ältere Insassen

Qualitative Forschung

Die Gesundheit der Männer im Gefängnis in dieser Studie war vergleichbar wie die von Männern ausserhalb die 15 Jahre älter sind, was frühere Aussagen bestätigt. 100% der Gefängnisstichprobe erlebte Komorbidität, was auf derselben Linie wie frühere Berichte steht. Wir glauben es ist möglich das zu ändern, wenn diese Zeit als eine Möglichkeit für die Verbesserung der Gesundheit von älteren Gefangenen gesehen wird und wenn die Zeit der Entlassung als eine Zeit erkannt wird wo die Kontinuität der Pflege wesentlich ist.

Menschlichere Behandlung, bessere Leistungsfähigkeit, weniger Krankheitslasten auf ältere Insassen, ihre Familie, die Gemeinschaften in denen sie eventuell zurückgehen und weniger Kosten würde durch ein Pflege die an die Bedürfnisse von älteren Menschen gerichtet ist gewonnen werden.

**Loeb, SJ, Steffensmeier, D. & Myco PM (2007). In their own words : Older Male Prisoners' Health Beliefs and Concerns for the Future. *Geriatric Nursing*, 28 (5), 319-329.**

### **Ziel**

Ziel dieser Studie war die Gesundheitsüberzeugungen und –sorgen von älteren männlichen Insassen und die gesundheitlichen Herausforderungen, die sie bezüglich ihrer Rückkehr in die Gemeinschaft vorraussehen.

Wie beschreiben ältere männliche Inhaftierte die gesundheitlichen Veränderungen, die sie seit Inhaftierung erlebt haben?

Welche Faktoren tragen zur Wahrnehmung von Selbsteffizienz über ihre Fähigkeit ihre Gesundheit zu handhaben während sie in Haft sind?

Was für Gesundheitsprogramme empfehlen Insassen um zu besserer Gesundheit beizutragen?

Welche sind die grössten Ängste die Insassen bezüglich ihrer Befreiung äussern?

Welche Faktoren tragen zur Wahrnehmung von Selbsteffizienz über ihre Fähigkeit ihre Gesundheit zu handhaben wenn sie befreit werden ?

### **Ausgangslage**

Die qualitative Studie ist Teil einer grösseren quantitativen Untersuchung über ältere männliche Gefangene. Diese Untersuchung ist aus drei Gründen wichtig: 1. Die Gefängnispopulation der USA erlebt einen exponentiellen Wachstum ihrer älteren Bevölkerung, 2. Insassen und ex-Gefangene haben unverhältnismässig höhere Gesundheitsproblemraten (körperliche Krankheiten, psychische Störungen und Substanzmissbrauch) als die Allgemeinbevölkerung der USA. 3. Mehr als 7 Millionen Menschen werden jedes Jahr aus dem Gefängnis entlassen.

### **Theoretischer Rahmen/Konzepte**

Zahlen von Studien über die Lage der älteren Insassen im Gefängnis.

Keine Konzepte werden in der Einführung klar formuliert. Bandura wird in der Schlussfolgerung erwähnt.

### **Stichprobe**

51 Männer zwischen 50 und 80 Jahren, Mittelwert 57 Jahre, minimum security state correctionnal facility, 56.0% waren Weiss, 72.5% hatten mindestens ein High-school Zertifikat oder gleichwertig, 74.5% waren zur Zeit ledig. Mittelwertig waren die Teilnehmer 7.6 aufeinanderfolgende Jahre inhaftiert.

Keine Zufallsprobe, eine Liste von 237 möglichen Gefangenen wurde erstellt, die Gefangenen, die verfügbar waren wurden über ein Wächter informiert und zu einer Informationsveranstaltung eingeladen. Es ist nicht genau bekannt wieviele von den 237 kontaktiert wurden. Alle die kamen waren auch einverstanden bei der Studie teilzunehmen.

### **Studiendesign**

Qualitativ, einzel-interviews. Offene Fragen (teil einer grösseren Pilotstudie zur Untersuchung von älteren inhaftierten Männern und in der Gemeinschaft lebenden Männern mit dem Ziel Zusammenhänge bezüglich Gesundheitszustand, Selbstwirksamkeitüberzeugung und gesundheitsfördernden Verhalten zu untersuchen): Phänomenologie

### **Ethische Aspekte**



Teilnehmer haben schriftliche und mündliche Informationen bezüglich der Studie erhalten und wurden informiert, dass das Teilnehmen oder nicht keinen Einfluss auf zukünftige Bewährungsentscheide hat. Unterschriebene informierte Zustimmung wurde erhalten.

Zustimmung für Menschliche Studiensubjekte wurde von der Pennsylvania State University erhalten.

Die „Guidelines for research in prisons, Subpart C, U.S. Department of Health and Human Services Code of Federal Regulations 46“ wurden befolgt.

Zustimmung die Forschung durchzuführen wurde vom Research Review Committee des Pennsylvania DOC bewilligt.

Die Anonymisierung der Daten wird nicht beschrieben.

### **Datensammlung**

Die offenen Fragen forderten die Teilnehmer auf in ihren eigenen Wörtern zu erklären: welche gesundheitlichen Veränderungen sie seit der Inhaftierung erlebt hatten, wieso sie entweder zuversichtlich oder nicht zuversichtlich ihrer Fähigkeit ihre Gesundheit zu handhaben jetzt (in Haft) und wenn sie befreit werden, welche neuen Gesundheitsprogramme sie angeboten sehen möchten, alle Ängste die sie haben bezüglich ihrer Gesundheit wenn sie entlassen werden.

Sammlung: Die Umfrage wurde jedem Teilnehmer, 1 zu 1, laut vorgelesen in dem kontaktfreien Besucherraum. Die Antworten wurden direkt durch den Forscher oder sein Assistent im Fragebogen eingetragen. Antworten zu den offenen Fragen wurden während der Datensammlung mit den Teilnehmern überprüft um Reliabilität und Validität zu erreichen (Morse & al.). Die Teilnehmer erhielten eine Kopie des Fragebogens um dem Verlauf zu folgen falls sie es wünschten. Kein Teilnehmer lehnte Fragen ab, deswegen fehlen keine Daten.

### **Analyse der Daten**

Eine Inhaltsanalyse wurde gewählt, weil das Ziel war, eine Typologie von Antworten zu erstellen für 1. Die gesundheitlichen Veränderungen die, die älteren Insassen seit Inhaftierung erlebt haben 2. Faktoren die Teilnehmer fühlen tragen zur Wahrnehmung von Zuverlässigkeit oder nicht-Zuverlässigkeit in ihrer Selbstwirksamkeit bezüglich Gesundheit in Haft und nach Befreiung 3. Gesundheitsprogramme sie denken würden zu besserer Gesundheit während der Haft führen 4. Bedeutende Ängste bezüglich ihrer Gesundheit nach Befreiung.

Die Autoren trafen sich regelmässig als Team um die Antworten der Teilnehmer zu analysieren. Jeder Forscher analysierte unabhängig, dann würden die Resultate (Kodierung) während Team Sitzungen verglichen um eine kohärente Kodierung zu entwickeln. Die verschiedenen Kategorien wurden durch das Team kollabiert und verbessert um die Antworten der Teilnehmer zu spiegeln. Nachdem die Kategorisierung völlig entwickelt war wurden die Transkribierungen nochmals durch die Teammitglieder analysiert um eine Übereinstimmung zwischen Daten und abgeleitete Kategorien zu garantieren.

### **Ergebnisse**

Veränderungen in Gesundheit der Insassen seit Inhaftierung

Berichte von Gesundheitsverschlechterung

Verschärfung eines oder neue Diagnose eines besonderen Krankheitszustands

Verschlechterung der allgemeinen Gesundheit und Wohlbefinden

Berichte von Gesundheitsverbesserung  
 Positivere Gesundheitsverhalten annehmen  
 Bessere Krankheitskontrolle und –handhabung entwickeln  
 Selbstwirksamkeit der Insassen bezüglich Handhabung ihrer Gesundheit während der Haft  
 Gründe für Zuverlässigkeit  
 Gesundheitsfördernde Verhalten annehmen  
 Körperbewusstsein und auf Körper hören  
 Zugang zu Gesundheitssystem  
 Gründe für Nichtvertrauen  
 Mangel an Antwort von Gefängnisadministration  
 Mangel an Ressourcen  
 Empfehlungen der Teilnehmer bezüglich Gesundheitsprogramme im Gefängnis  
 Gesundheitsfördernde und Screening Programme (Ernährung, Schulung, Bewegung,...)  
 Krankheitshandhabung Programme (Erklärung,...)  
 Ängste der Insassen bezüglich ihrer Gesundheit nach Entlassung  
 Zugang zu Gesundheitsfürsorge  
 Ihre Gesundheit nicht aufrechterhalten  
 Rückkehr zu vorherigen Verhalten (Alkohol, ...)  
 Selbstwirksamkeit der Insassen bezüglich der Handhabung ihrer Gesundheit nach Entlassung  
 Gründe für Nichtvertrauen  
 Mangel an Zugang zu Gesundheitsfürsorge  
 Gründe für Zuverlässigkeit  
 Gesundheitsfördernde Verhalten annehmen  
 Unterstützung durch Familie  
 Entsprechendes Wissen bezüglich Gesundheit besitzen  
 Vorherige negative Verhalten vermeiden  
 Benutzung des Gesundheitsfürsorgesystems

### **Diskussion**

Die Stichprobe, obwohl sie nicht per Zufall erhoben wurde, spiegelt die Population der älteren Männer durch 2 Aspekte: mehr als die Hälfte der Teilnehmer waren Kaukasier was von anderen demographischen Ergebnissen bestätigt wird und das Durchschnittsalter war 57 Jahre, dasselbe Alter wie das Durchschnittsalter der älteren Insassen in diesem Land.

Ein Mangel an Bewusstsein der zu Verfügung stehenden Gesundheitsprogramme war eins der am meisten berichteten Hindernisse zu gesundheitlichen Verhalten.

Unterricht und Programme die Gewichtmanagement fördern, gesunde diätische Einnahmen, aktive Lebensweisen, Medikamenten Bewusstsein, Wissen über normale altersbezogene Veränderungen und Stressmanagement wären ein wellness Ansatz zu Gesundheitsmanagement für ältere Insassen nach Lindquist and Lindquist.

Erklärungen bezüglich der normalen Veränderungen im alter würden ältere Insassen unterstützen ihre Fähigkeiten in der Körperwahrnehmung und Zuhören zu entwickeln.

Informieren dass neue Diagnosen nicht unbedingt Resultate der Inhaftierung sind sondern auch schon vorher, aber nicht diagnostiziert da sein konnten.

Neue Diagnosen als eine Chance für Gesundheitsverbesserung durch

vermehrte Körperwahrnehmung und Selbstmanagement betrachten.  
Pflegefachpersonen könnten die Insassen informieren wie sie effektiv das Gesundheitsversorgungssystem kontaktieren können wenn Symptome auftauchen und welche Gründe keinen Besuch auf die Krankenstation berechtigen.

Verschiedene Ergebnisse wurden bestätigt.

### **Schlussfolgerung**

Mehr Forschung ist nötig auch in anderen Gefängnisklassen.

Viele der Gesundheitssorgen der Insassen sowie der Interventionen die vorgeschlagen werden könnten decken sich beträchtlich mit denen von älteren Männern generell.

<p><b>Loeb, S.J. &amp; AbuDagga, A. (2006). Health-Related Research on Older Inmates : An integrative review. <i>Research in Nursing and Health</i>, 29, 556-565.</b></p>
<p><b>Ziele</b>  Die meistgebrauchte Altersgrenze für ältere Insassen identifizieren  untersuchen welche gesundheitsbezogene Variablen in der Forschung bezüglich dieser Population untersucht wurden  Beschreiben was über den Gesundheitszustand von älteren Insassen bekannt ist und die Auswirkung der Inhaftierung auf die Gesundheits  Altersspezifische Strategien, Programme und Einrichtungen die für die Gesundheit und das Wohlbefinden von älteren Insassen von Bedeutung sind beschreiben</p>
<p><b>Hintergrund</b>  Die schnellstwachsende Gruppe in den Gefängnissen in den USA sind aus verschiedenen Gründen Menschen die 50 und älter sind. (strengere Strafgesetze, weniger Bewährungs, Alterung der Baby-Boom Generation, allgemeine Alterung der Gesellschaft, mehr Delikte durch ältere Menschen,...). Diese fördern die Gesundheitssysteme der Gefängnisse heraus in verschiedenen Ländern. Ältere Gefangene erleben eine beschleunigte körperliche Alterung. Sie sind körperlich 10-15 Jahre weiter als ihr chronologisches Alter. Beitragende Faktoren die mit beschleunigter Alterung assoziiert sind werden beschrieben.</p>
<p><b>Literatur</b>  21 Forschungsartikel  Komparative, deskriptive, korrelationelle Studien und eine qualitative Studie.</p>
<p><b>Studiendesign</b>  Literaturübersicht</p>
<p><b>Suchvorgang</b>  Es wurde auf verschiedene Datenbanken aus verschiedenen Disziplinen gesucht.  Suchbegriffe und Kombinationen wurden verwendet.  Die Abstrakts wurden gelesen und Einschlusskriterien wurden angewandt.</p>
<p><b>Kategorienbildung</b>  Die Ergebnisse wurden in Kategorie anhand der Ziele geordnet.</p>
<p><b>Ergebnisse</b>  Altersgrenze für ältere Insassen  7 verschiedene wurden benutzt, die häufigste 50 und älter  Untersuchte Gesundheitsvariablen in Bezug zu älteren Gefangenen  Die 3 Hauptvariablen waren (14 Variablen insgesamt):  psychiatrische Störungen und/oder Behandlung  körperliche Krankheiten  Substanzmissbrauch  Der Gesundheitszustand von älteren Insassen:  In drei Studien: die Mehrheit schätzt ihre Gesundheit als mittelmässig bis schlecht/sehr schlecht  In zwei anderen Studien schätzt mehr als die Hälfte ihre Gesundheit als gut oder hervorragend ein.</p>

Ältere Frauen schätzten ihre Gesundheit als viel schlechter ein als ältere Männer.

Die Meistberichteten Gesundheitszustände: Herzkreislauf, Arthritis und/oder Rückenprobleme, psychiatrische Erkrankungen, Atmungsstörungen, endokrine Störungen und sensorische Defizite (Sicht und Gehör). Substanzmissbrauch, Alkohol am meisten, wurde auch häufig berichtet.

Auswirkung der Inhaftierung auf die Gesundheit von älteren Gefangenen

Offensichtlich → unbehandelte Gesundheitszustände und wahrgenommene Gesundheitsveränderungen nach Inhaftierung. Psychiatrische Störungen am häufigsten unbehandelt.

Für manche Verbesserung: durch besserer Lebensstil und Ernährung, sowie vermehrte Bewegung.

Strategien und Programme für ältere Insassen

### **Diskussion**

Da das körperliche Alter von Insassen älter als das chronologische ist scheint es angemessen 50 als untere Altersgrenze anzuwenden.

Psychiatrische Störungen, körperliche Krankheiten und Substanzmissbrauch waren die am meisten untersuchten Gesundheitsvariablen.

Ältere Gefangene sind in ihren körperlichen Fähigkeiten sehr unterschiedlich.

Gesundheitsprogramme und Dienstleistungen für ältere Gefangene wurden wenig untersucht.

Ältere Insassen sollten nicht als eine einheitliche Gruppe betrachtet werden wenn Gesundheitsprogramme entworfen werden.

Über die Grundpflege hinaus scheinen die besonderen Gesundheitsbedürfnisse von älteren Menschen unbedeckt zu sein.

Mangel an empirischer Literatur über ältere Insassen.

Grenzen

Nur englische Literatur

### **Schlussfolgerung**

Keine empirischen Studien wurden in der Pflegeliteratur gefunden. Erstaunlich da sie die grösste Gruppe der Gesundheitsfürsorger im Gefängnis sind.

Empfehlungen für weitere Forschung.

Praxisanwendung.

<p><b>Loeb, S.J. &amp; Steffensmeier, D. (2011). Older Inmates' Pursuit of Good Health. <i>Research in Gerontological Nursing</i>, 4 (3), 185-194.</b></p>
<p><b>Ziel</b> Älteren Insassen das Wort geben, durch Fokusgruppen Diskussionen, um Grenzen, die ihre Verfolgung von Gesundheit herausfordern und Selbstpflege Strategien zu identifizieren</p>
<p><b>Theoretischer Rahmen</b> Eine Literaturrecherche wird zum Thema durchgeführt und damit wird der Kontext beschrieben.</p>
<p><b>Stichprobe</b> 42 Männer, 50+, 16% mixed race oder American Indian, 42,9% weiss, 35,7% schwarz (selbsidentification der Gefangenen), nicht life-sentence oder death sentence. Es handelt sich um eine gezielte (zweckmässige) Stichprobe (purposive)</p>
<p><b>Studiendesign</b> Qualitativ deskriptiv: Fokusgruppen Interview</p>
<p><b>Ethische Aspekte</b> Alle Teilnehmer erhielten eine mündliche und schriftliche Beschreibung der Forschung und gaben informierte schriftliche Zustimmung. Das Institutional Review Board der Universität wo die Forscher arbeiten gab eine Bewilligung und eine Research and Evaluation Committee Bewilligung wurde vom State Department of Corrections erhalten. Die Daten wurden anonymisiert.</p>
<p><b>Datensammlung</b> Grösse der Gruppen: 6-8 Teilnehmer in 6 von 7 Treffen, das 7. fand nur mit einem Teilnehmer statt, weil der andere ein Gesundheitstermin hatte. Schriftliche Feldnotizen wurden von einem geübten Forschungsassistenten geschrieben, weil Tonaufnahmen verboten waren. Ein strukturierter Diskussionsfaden wurde gebraucht um Übereinstimmung zwischen den Gruppen zu bewahren. Die Sitzungen dauerten ungefähr 90 Minuten und wurden weiter geplant und durchgeführt bis weitere Sitzungen keine neuen Informationen über das Thema brachten → Datensättigung!! Die Einsatzbesprechungen der Forscher nach jeder Sitzung wurden aufgenommen, Alle Feldnotizen wurden von dem Forschungsassistenten wortwörtlich transkribiert. Die Genauigkeit der Abschrift wurde später von einem zweiten Forschungsassistenten überprüft indem er die Feldnotizen mit der Abschrift verglich.</p>
<p><b>Analyse der Daten</b> Analyse der Fokusgruppen Abschrift erfolgt durch den Hauptforscher und zwei trainierte Forschungsassistenten anhand von Inhaltsanalyse um ein Schema der einzelnen Strategien die die älteren Insassen für das Handhaben ihrer Gesundheit brauchen zu entwickeln. Dann wurden die Herausforderungen für das Handhaben ihrer Gesundheit untersucht. Jeder Teammitglied führt ein individuelles First-Level Coding der Abschrift. Weiter wurden die individuellen Kodierungen in Teamsitzungen verglichen und gegenübergestellt um ein kohärentes Kodierungsschema zu</p>

entwickeln. Anhand von Teamanalyse wurde die Anzahl der Kategorien „collapsed“ und die Namen der Kategorien wurden verfeinert um besser zu reflektieren was die älteren Insassen berichtet hatten. Danach wurden die Abschriften nochmals analysiert um die Übereinstimmung zwischen den Daten und den Kategorien zu gewährleisten.

## **Ergebnisse**

Herausforderungen der Gesundheit im Gefängnis

5 Kategorien wurden identifiziert, die es für Gefangene schwierig machten ihre Gesundheit im Gefängnis zu erhalten:

Kosten/Geld Angelegenheiten

Die Gesundheitsfürsorge ist kostenpflichtig in den USA. Hohe Geldausgaben für Menschen die „economically strapped“ (wenig Zugang zu Geld, Geldeinkommen, usw) sind. Beispiele.

Gefängnispersonal und Praktiken

Ungeduldigkeit und Mangel an Antwort vonseiten des Gesundheitspersonals auf die Bedürfnisse der älteren Männer. Angst vor Konsequenzen. 6-Monate Zellbewilligung: heisst man bleibt 6 Monate mit demselben Mitgefangenen wie schlecht auch immer der andere ist. Nicht-raucher mit Raucher. Probleme mit dem Heizsystem, in der Regel zu kalt. Matrasen. Generika und nicht Erhalt der Diagnosetests die als notwendig empfunden wurden.

Ernährungssorgen

Nicht genügend zu essen. Grosse Herausforderung eine gesunde Ernährung beizubehalten, viel Salz. Nur das Personal erhält Suppe und frischen Salat jeden Tag.

Mitgefangene

Hauptsächlich bezüglich jüngeren Insassen: kein Respekt oder Rücksicht im Fitnessraum→keine Chance. Andere fühlen sich verantwortlich für die jüngeren. Hygiene von Mitgefangenen die das Essen servieren.

Persönlich Herausforderungen

Mangel an Motivation um sich zu Bewegen oder die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Grenzen zu Gesundheitsinformation

Schwierigkeiten Gesundheitsinformationen von Gesundheitspersonal zu erhalten: keine Zeit, nicht schriftlich, Mangel an Literatur und Handouts. Sorgen bezüglich Mangel an Geheimhaltung (Anwesenheit von Wächtern). Misstrauen bezüglich der vorhandenen Information (nicht aktuell, zweckmässige Desinformation, Information von Mitgefangenen).

Tag für Tag Gesundheitshandhabung

Zugang zu Ressourcen und Unterstützung

Information von der Familie oder Mitgefangenen und Programmressourcen. Ärzte und Pflegende. Arztgefangener und andere Insassen mit Kenntnissen. Spirituelle Ressourcen: beten und meditieren. Schriftliche Informationsressourcen.

Positiv bleiben

Mit bedeutungsvollen Aktivitäten beschäftigt bleiben: arbeiten, andere helfen, angenehme Aktivitäten machen, psychisch Widerstandsfähig sein und seine Zeit machen.

Die Ernährung und das Gewicht handhaben

Ungesundes Essen, Schwein und Salz vermeiden. Wählerisch sein bezüglich dem Essen auf dem Tablett.  
Sport und Bewegung betätigen  
Sich schützen  
Sich als stark darstellen, sich mit Respekt benehmen. Entfernt vom Ärger.

### **Diskussion**

Zusammenfassung der Resultate

Empfehlungen bezüglich Bedürfnisse:

Bedürfnisse für mehr altersspezifische Programme

Mehr altersspezifische Bewegungsgelegenheiten und mehr gesunde Ernährungsmöglichkeiten

Zugängliche und bezahlbare Rauchstop Ressourcen

Sauberere Luft für nicht-Raucher

Grenzen

zwei Gefängnisse

die Ergebnisse wurden den Teilnehmern mitgeteilt aber es wurde kein stichhaltiges Feedback aufgefördert

Unmöglichkeit die Fokusgruppen Diskussion aufzunehmen

Die Ergebnisse generalisierbar in dem Umfang dass die Stichprobe repräsentativ für die breitere U.S. ältere Insassenpopulation für die zwei am meisten identifizierten ethnischen Zugehörigkeiten und das Mittelalter

### **Schlussfolgerung**

Diese Studie bestätigt und erweitert vorherige Studien aus den USA und UK.

Empfehlungen für weitere Forschung und Anwendung in der Praxis.



<b>Watson, R., Stimpson, A. &amp; Hostick, T. (2003). Prison health care : a review of the literature. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 41, 119-128.</b>	
<b>Ziel</b>	Modelle für Gesundheitsfürsorge im Gefängnis identifizieren, aus denen etwas gelernt werden könnte für die UK Gefängnisdienst und die NHS (National Health Service)
<b>Theoretischer Rahmen</b>	Ziel des Gefängnisses Pflege im Gefängnis Zuführung von Gesundheitsfürsorge
<b>Literatur</b>	90 Artikel und 21 Berichte (13 UK, 5 Nord Amerika, 3 Europa) werden einbezogen.
<b>Studiendesign</b>	Nicht systematische Literaturübersicht.
<b>Suchvorgang</b>	Elektronische Datenbanken Suche Suche der Literaturverzeichnisse der behaltene Studien
<b>Ergebnisse</b>	<p>Gesundheitsprobleme im Gefängnis</p> <p>Gefangene bringen eine Reihe von Gesundheitsproblemen mit sich und sind im Gefängnis Gesundheitsproblemen untersetzt.</p> <p>Psychische Gesundheit (47 Artikel)</p> <p>Wesentlich Aspekte eines Modells für psychische Gesundheit im Gefängnis wären</p> <p>spezifische Ausbildung für das Personal (Wächter, Ärzte und Pflege)</p> <p>frühes Assessment der Gefangen für psychische Gesundheitsprobleme</p> <p>Übertragbare Krankheiten (21 Artikel)</p> <p>2 Aspekte im Zusammenhang im übertragbaren Kh waren ersichtlich:</p> <p>Gesundheitserziehung/Gesundheitsförderung = eine allgemeine Strategie der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis</p> <p>Die Bereitstellung von Kondome und sauberen Nadeln so dass sicherer Geschlechtsverkehr und sicherer Drogengebrauch ausgeübt werden können (die Haltung der Wächter ist in diesem Fall ein Kernelement damit diese Strategien gelingen können)</p> <p>Substanzmissbrauch</p> <p>es ist notwendig die Gefangenen über die Gefahren des Substanzmissbrauchs zu informieren da die meisten letztlich in die Gesellschaft zurückkehren werden, wo eine Reduzierung des Substanzmissbrauchs die Rezidive und die Probleme des Substanzmissbrauchs in der Allgemeinbevölkerung reduzieren könnte.</p> <p>Gesundheitsförderung in diesem Gebiet ist notwendig</p> <p>Gefangenengruppen</p> <p>Zwei Gruppen von Gefangenen wurden mit unterschiedlichen Bedürfnissen klar identifiziert</p> <p>Frauen</p> <p>Frauen haben viele der selben Probleme wie männliche Gefangene nur oft in</p>

einem grösseren Ausmass (ausser Schwangerschaft)

Der Hauptteil der Probleme wird nicht beim Eintritt identifiziert

Drogenrehabilitierungsprogramme für Männer können bei Frauen nicht anwendbar sein

### **Ältere Gefangene**

**haben bedeutendere Gesundheitsbedürfnisse als die anderen Gefangenen, was die Situation in der allgemeinen Bevölkerung reflektiert 80% der älteren Gefangenen haben mehr als eine Haupterkrankung (auch psychische Kh). Pflegeheim Pflege im Gefängnis**

Zu Grunde liegende Themen

Gesundheitsförderung

wesentliches Thema im Gefängnis

Problem mit dem untherapeutischen Milieu, Spannungen

Die Gesundheit der Gemeinschaft

Die Gesundheitsprobleme im Gefängnis widerspiegeln die Gesundheitsprobleme der Gemeinschaft und vergrössern sie

Gefängnis ist auch die Gelegenheit die Gesundheit der Gemeinschaft zu verbessern, wo die Gefangenen herkommen

Zuführung von Gesundheitsfürsorge im Gefängnis

Zusammenarbeit

Telemedizin

da es ungewöhnlich ist dass all die notwendige Gesundheitsfürsorge in einem Gefängnis zur Verfügung steht und da externe Untersuchungen aufwendig sind (Sicherheit, Kosten,...) wurden Telemedizinansätze ausprobiert und als günstig bewertet (USA)

### **Schlussfolgerung**

Diese Übersicht hat kein einziges Modell identifiziert, dass anwendbar sein könnte. Jedoch können zentrale Elemente hervorgehoben werden:

Gesundheitsförderung als das vereinheitlichende Konzept der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis mit Einbezug des Assessments von Gesundheitsbedürfnissen

Gesundheitsscreening beim Eintritt anhand von standardisierten Protokolls und validierten Instrumenten mit Betonung auf die psychische Gesundheit

Zusammenarbeit zwischen Gefängnisdiensten und NHS (National Health Service)

Telemedizin als eine Art der Zuführung von Gesundheitsfürsorge

Ausbildung des Gefängnispersonals, mit Einbezug des Gesundheitspersonals bezüglich Gesundheitsbedürfnisse der Gefangenen

Ein Modell für Gesundheitsfürsorge, dass weiter als das Gefängnismilieu, in die Gemeinschaft zielt

## Anhang G: Überblick über die Bedürfnisse in den Studien

Ergebnisse	Studien
Bedürfnis nach Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loeb et al. (2007)</li> <li>- Loeb &amp; Steffensmeier (2011)</li> </ul>
Bedürfnis nach altersspezifischen Gesundheitsprogramme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loeb &amp; AbuDagga (2006)</li> <li>- Loeb &amp; Steffensmeier (2011)</li> <li>- Loeb et al. (2007)</li> <li>- Loeb et al. (2008)</li> </ul>
- Übergangsprogramme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loeb &amp; Steffensmeier (2011)</li> <li>- Grimbert et al. (2007)</li> <li>- Loeb et al. (2007)</li> </ul>
- Altersspezifische Sportprogramme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loeb et al. (2007)</li> <li>- Condon et al. (2008)</li> <li>- Loeb &amp; Steffensmeier (2011)</li> </ul>
Bedürfnis dem Alltag einen Sinn zu geben	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loeb &amp; Steffensmeier (2011)</li> <li>- Loeb &amp; AbuDagga (2006)</li> </ul>
Bedürfnis nach Gesundheitsfürsorge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Watson et al. (2003)</li> <li>- Baumeister &amp; Keller (2011)</li> <li>- Loeb et al. (2007)</li> <li>- Loeb &amp; Steffensmeier (2011)</li> <li>- Grimbert et al. (2007)</li> <li>- Loeb &amp; AbuDagga (2006)</li> </ul>
- Zugänglicher Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loeb et al. (2007)</li> <li>- Loeb &amp; Steffensmeier (2011)</li> <li>- Grimbert et al. (2007)</li> </ul>
- regelmässige Screenings	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loeb &amp; Steffensmeier (2011)</li> <li>- Loeb et al. (2007)</li> </ul>
- Psychische Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grimbert et al. (2007)</li> <li>- Deaton et al. (2009-2010)</li> <li>- Loeb &amp; AbuDagga (2006)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fazel et al. (2004)</li> <li>- Harris et al. (2006)</li> <li>- Loeb &amp; Steffensmeier (2011)</li> </ul>
- Angemessene Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fazel et al. (2004)</li> <li>- Grimbert et al. (2007)</li> <li>- Deaton et al. (2009-2010)</li> <li>- Loeb et al. (2007)</li> <li>- Loeb &amp; Steffensmeier (2011)</li> </ul>
- Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grimbert et al. (2007)</li> <li>- Loeb &amp; AbuDagga (2006)</li> <li>- Baumeister &amp; Keller (2011)</li> <li>- Harris et al. (2006)</li> </ul>
Bedürfnis, sich gesund zu ernähren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condon et al. (2008)</li> <li>- Loeb &amp; Steffensmeier (2011)</li> <li>- Loeb et al. (2007)</li> </ul>
Bedürfnis nach Zugang zu eigenen Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deaton et al. (2009-2010)</li> <li>- Baumeister &amp; Keller (2011)</li> <li>- Grimbert et al. (2007)</li> <li>- Loeb &amp; Steffensmeier (2011)</li> <li>- Loeb et al. (2007)</li> </ul>
Bedürfnisse bezüglich den Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grimbert et al. (2007)</li> <li>- Loeb &amp; Steffensmeier (2011)</li> <li>- Baumeister &amp; Keller (2011)</li> <li>- Deaton et al. (2009-2010)</li> </ul>

## Anhang H: Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht

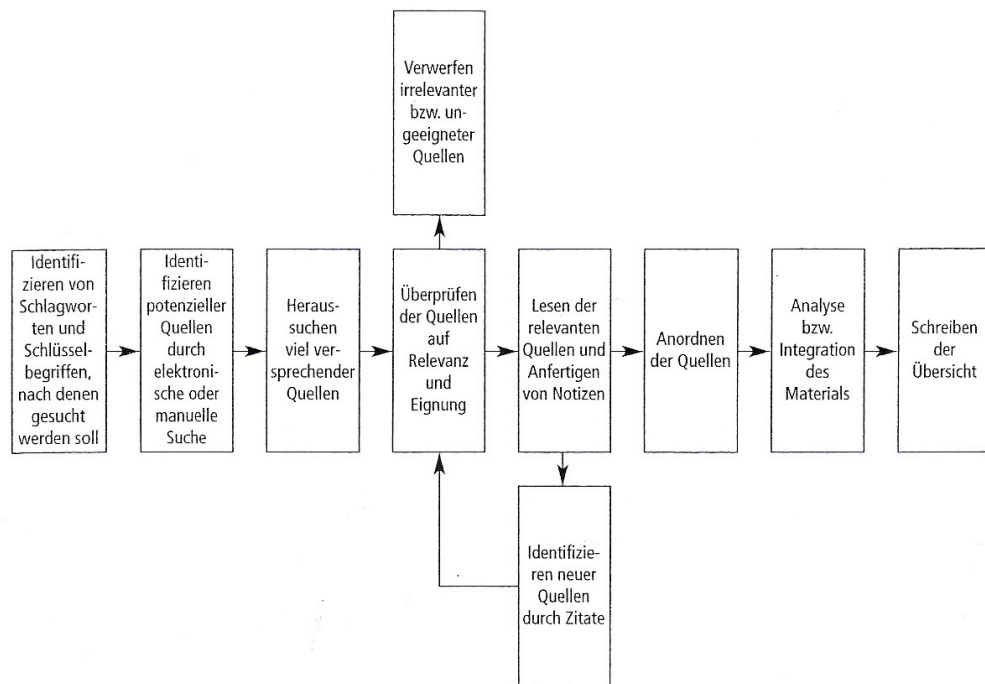


Abb. 1: Schritte zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht

(Polit, D.F, Tatiano Beck, C & Hungler, B.P., 2004, S. 145)

## Anhang I: EBN-6-Schritte-Modell

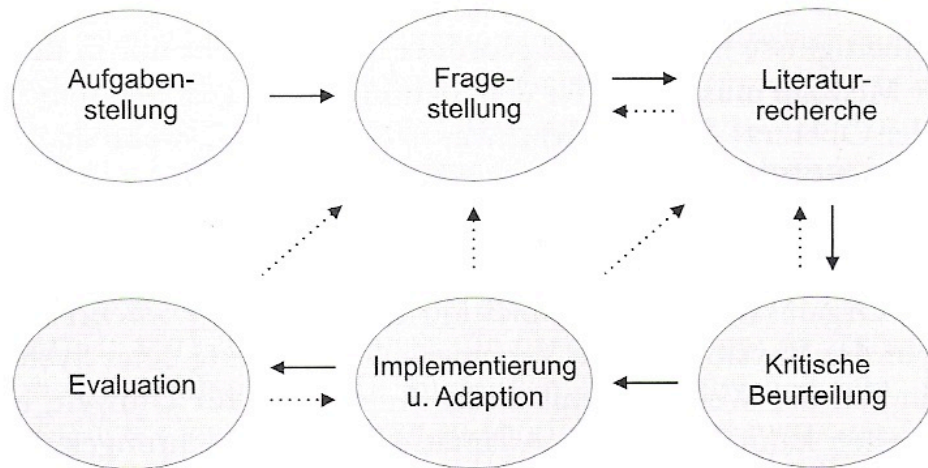


Abb. 2: EBN-6-Schritte Modell  
(Behrens & Langer, 2004, S.37)

## **Selbständigkeitserklärung**

“Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.“

Ort, Datum und Unterschrift

Freiburg, den 10. Oktober 2011,

Lara Rosenow